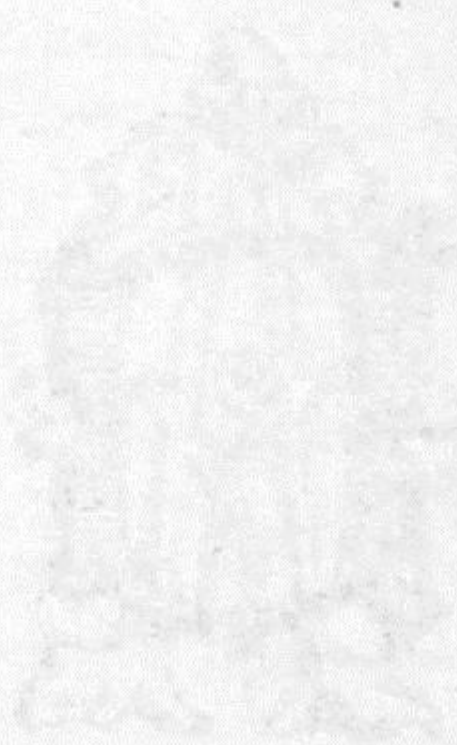
ACHILLE BREDA

MANUALE PRATICO

DI

MALATTIE VENEREE E SIFILITICHE

DEL PROF.

ACHILLE BREDA

DIRETTORE DELLO ISTITUTO DERMO-SIFILOPATICO

DELLA R. UNIVERSITÀ DI PADOVA

PADOVA
A. DRAGHI LIBRAIO-EDITORE
1887

Ai miei allievi e colleghi

Se do retta alle mie conoscenze ed alle richieste ed osservazioni di studenti-medici e di Colleghi, un libro nel quale sia esposta con metodo, concisione e chiarezza la Sifilopatologia, e nel quale venga svolto, specie dal lato pratico, quanto vi ha sino agli ultimi tempi di più positivo e di più attendibile in argomento, noi non l'abbiamo.

Tale difetto, trattandosi di una materia che occupa un posto dei più importanti nel campo dello esercizio professionale ed in quello della Patologia, si rende vieppiù sentito ove si ponga mente alle differenze dottrinali, che separano tra loro le varie scuole, ai notevoli progressi, che segnalarono negli ultimi tempi codesta

disciplina, ed al numero stragrande di pubblicazioni che di continuo la riguardano.

Anche per rispondere ad incoraggianti sollecitazioni, mi sono adoperato a colmare l'accusato vuoto. Vi ho messo a contributo dodici anni di studii e di osservazione, intrapresi nella maniera la più spassionata ed attenta che mi fu possibile. Sono oppur no riuscito nello intento? Allo studioso il decidere.

Padova, Novembre 1886

ACHILLE BREDA

INDICE DELLE MATERIE

PARTE PRIMA — MALATTIE VENEREE

Introduzione . . . . Pag. 1
Processo Blenorragico . . . . » 3
Uretra dell' Uomo. Ricordi anatomo-fisiologici e modi di esame . . . . » 13
Blenorragia Uretrale (Uomo). . . . . » 22
Balano-Postite . . . . » 53
Fimosi e Parafimosi . . . . » 57
Follicolite, Peri-follicolite e Peri-uretrite » 60
Coowperite blenorragica . . . . » 63
Prostatite blenorragica . . . . » 65
Cistite blenorragica . . . . » 75
Pielite blenorragica . . . . » 79
Infiammazione delle vie Seminali da Blenorragia . . . . » 87
Polluzioni e Spermatorrea . . . . » 98
Stringimenti Uretrali . . . . » 103
Infiammazioni blenorragiche nella Donna » 117
Vulvite e Bartolinite . . . . » 119
Vaginite . . . . » 125

Metrite . . . . Pag. 131
Uretrite . . . . » 136
Linfo-adeniti da blenorragia (nei due sessi) » 138
Congiuntivite blenorragica . . . . » 138
Reumatismo blenorragico . . . . » 142
ULCERA SEMPLICE O VENEREA . . . . » 146
Linfo-adenopatie successive a Blenorragie e ad Ulceri veneree — Buboni — . . » 164
VEGETAZIONI . . . . » 177

PARTE SECONDA — MALATTIE SIFILITICHE

GENERALITÀ . . . . » 187
Etiologia della Sifilide - Sorgenti, Veicoli e Topografia del Contagio . . . . » 196
Essenza del *Virus* sifilitico — Modi di contagio . . . . » 204
Inoculazioni Sperimentali . . . . » 210
Immunità contro la Sifilide . . . . » 216
Sifilizzazione . . . . » 218
Reinfezione . . . . » 219
Inoculazioni miste . . . . » 220
Sifilide Animale . . . . » 222

PERIODO DELLA SIFILIDE PRIMITIVA . . . . . » 223
Sifiloma - Incubazione e sviluppo. . . . . » 223
Sifiloma-Sedi Complicazioni e linfo-adenopatie sintomatiche . . . . » 237

Sifiloma — Anatomia Patologica e Diagnosi Pag. 249
Sifiloma — Prognosi e Terapia . . . . . . » 264
Appendice — Dottrine Sifilografiche (Identismo, Unicismo, Dualismo). . . . . . . » 277
Turbamenti Costituzionali nel periodo di incubazione degli accidenti generali (Clorosi, Febbre ecc.) . . . . » 282

PERIODO SECONDARIO . . . . » 292
Sifilodermi secondarii. — Generalità . . . » 292
Sifiloderma maculoso . . . . » 306
» a papule secche . . . . » 312
» a papule umide . . . . » 329
» vescicoloso e bolloso . . . . . . » 336
» pustoloso . . . . » 341
» pigmentario (nota) . . . . » 350
Sifilidi mucose — Generalità. . . . . » 350
» » della Bocca . . . . » 354
» » della Faringe, dell'Orecchio e del Naso . . » 365
» » della Laringe. . . . . . » 372
» » degli Organi genitali . » 376
» » dell' Ano. . . . . » 380
» » della Congiuntiva . . . » 382
Lesioni delle Unghie e dei Peli . . . . . . » 383
Oftalmopatie secondarie . . . . » 388
Affezioni del Sistema locomotore . . . . . . » 397
Epididimite . . . . » 403
Itterizia . . . . » 404

PERIODO TERZIARIO — GENERALITÀ . . . . Pag. 405
Lesioni Terziarie della Pelle. . . . . » 409
Sifiloderma Pustoloso (Rupia) . . . . » 409
» Tubercolare. . . . . » 413
APPENDICE Sifilodermi Maligni precoci . . » 420
Gomme del Connettivo sottocutaneo . . . » 423
Lesioni terziarie dell'Apparato Digestivo . » 435
» » » Respiratorio » 444
» » del Sistema Circolatorio e degli Organi Emopojetici. » 452
» » degli Organi Uro-genitali nei due sessi . . . . » 459
» » delle Ossa . . . . » 466
» » dei Muscoli dei Tendini delle Aponevrosi e delle Articolazioni . . . . » 474
» » della Lingua . . . . » 478
» » del Sistema nervoso . . . » 485

SIFILIDE EREDITARIA . . . . » 507

Profilassi contro la Sifilide . . . . » 541
Terapia Generale della Sifilide . . . . . . » 547

PARTE PRIMA

MALATTIE VENEREE

MALATTIE VENEREE

INTRODUZIONE

Sono dette *veneree* [1]) quelle malattie, che si contraggono prevalentemente nello esercizio delle funzioni sessuali; che hanno, quasi costantemente, per sede primitiva e per punto di partenza, gli organi della generazione e che sono in alto grado contagiose la mercè di speciali *virus fissi*.

Questi sarebbero tre: il blenorragico, l'ulceroso, il sifilitico; e tre le malattie ve-

[1]) Erodoto racconta che la Venere Urania inflisse agli Sciti, che le aveano saccheggiato il tempio, una infermità che era detta « malattia delle donne » Giacomo di Bethencourt adoperò primo, nel 1521, il termine « lue venerea. » Del resto la voce « *venereus* » si trova in Celio Aureliano, Svetonio ecc.

neree: la *blenorragia,*[1]) la *ulcera non infettante* e la *sifilide.* [2])

La blenorragia e la ulcera non infettante, malattie antichissime, si trasmettono col solo contatto, spingono ed esauriscono la loro azione confinate in territorii molto ristretti, senza che il loro veleno attacchi l'intero organismo. Il *virus* della sifilide, per qualsiasi punto vi entri, anzichè rimanere localizzato, rapidamente vi si diffonde d'ogni parte, lo contamina tutto: il sangue, ogni organo e tessuto possono con varie alterazioni tradirne la influenza; suscita una malattia dello intero organismo, il quale può trasmetterla non solo per contatto, ben anco per eredità; malattia che si rese notabile in Europa, solo nel principio dell' evo moderno.

La blenorragia e la ulcera non infet-

1) Swediaur creò (1807) il motto « blenorragia » da βλένα muco, ῥειν scorrere.

2) Da σιφιλος difettoso sprezzabile. Secondo Fracastoro dal nome del pastore Syphilus punito per oltraggio agli Dei,

> *.....primo traxit cognomine morbus,*
> *Syphilidemque ab eo, labem dixere coloni.*

Per altri da σύς porco, φιλειν amare.

tante sono abbracciate anche col nome di malattie veneree in senso stretto.

PROCESSO BLENORRAGICO

La blenorragia è la più frequente delle tre malattie, la più affine a quelle da causa comune. Consiste in un catarro infiammatorio contagioso di talune mucose. Ne possono ammalare la uretra dei due sessi, la vulva, le ghiandole vulvo-vaginali, la vagina, il collo uterino, la congiuntiva palpebrale e l'ano; le mucose nasale, buccale, rettale, quelle delle vie lagrimali ne vanno, sembra, affatto risparmiate. Si devono ritenere suscettibili di blenorragia, le mucose rivestite di epitelio pavimentoso, provvedute di papille e di una rete superficiale sotto-epiteliale di canalicoli linfatici, mentre sono da credere non suscettibili quelle ad epitelio cilindrico, e con rete superficiale vascolare.

La blenorragia consiste nella infiammazione dello strato epiteliale e del sistema linfatico superficiale delle mucose coperte con epitelio pavimentoso.

Taluni stati generali (scrofola, linfaticismo, anemia, ecc.) e locali (conformazioni viziate, renella ecc.), le sovraeccitazioni genesiche, i traumatismi e le irritazioni varie (eccessi nella manstuprazione, nel coito, nell'uso delle bevande alcooliche ecc.) possono disporre al catarro delle vie uro-genitali e persino suscitarlo. Ora una infiammazione catarrale da cause comuni (*da irritazione semplice*), così la uretrite da siringazione, la vaginite della infanzia, possono dare un quadro sintomatico identico a quello che sa dare il contagio (la *irritazione specifica*), e divenire financo contagiosa. La trasmissibilità della condizione catarrale, sia semplice come da contagio, cammina parallelamente alla sua purulenza; al paro di questa ora aumenta ora scema, può cessare, può sospendersi per ridestarsi a nuova attività. La possibilità dello insorgere *ex-novo*, affatto auctotona, differenzia la blenorragia dalle ulceri non infettanti e dalla sifilide. Due persone affatto sane, per via di smodati abbracciamenti, possono bene apparecchiare per conto proprio ed altrui un catarro contagioso; ogni ulcera non infettante, ogni sifilide presuppone un contagio da par-

te di malattia della stessa qualità: checchè possa dire lo sperimento in rapporto alla ulcera, la clinica non può a tutt' oggi consentire un linguaggio differente. Le ulceri non infettanti e la sifilide rappresentano, a così dire, un albero genealogico dei più perfetti; costituiscono nel modo di diffondersi, di succedersi, una catena non interrotta, quando nella blenorragia abbiamo all'opposto degli anelli staccati, di ognuno dei quali può essere fabbro quello stesso che lo porta.

Vi hanno medici che non riconoscono necessario di ammettere un germe speciale, un virus per ispiegare la insorgenza di qualsivoglia blenorragia - *non virulisti*; - altri lo ammettono per una categoria di tali forme. È certo che irritazioni diverse da agenti traumatici, da secreti ed escreti fisio-patologici, in via di decomposizione, ecc. possono cagionare un catarro contagioso; ma è certo altresí che una minima quantità di prodotto blenorragico basta a rendere blenorragica una membrana mucosa, colla quale sia messo a contatto per breve istante.

Non solo, ma ricerche pazienti hanno

permesso di constatare nel prodotto morboso, un elemento, sul quale giustamente si concentrano molto gravi sospetti e formali accuse. Da oltre quarant'anni si è gettato l'occhio su taluni protisti, come a cause essenziali del morbo. Dal 1879 le ricerche microscopiche ed esperimentali ripetute da varie persone, in differenti paesi, porterebbero a ritenere prima causa della blenorragia uno schizomiceto *(gonococcus del Neisser)*, della famiglia dei diplococchi [1].

[1]) La presenza ed il valore patogenico dei gonococchi nella blenorragia furono ammessi, dal Congresso Medico di Copenaghen — 1884 — e da quello di Strasburgo — Settembre 1885 —, si pronunciarono favorevoli in argomento, molti medici stranieri e nostrali. Non furono trovati detti protisti, in nessuna condizione tranne la blenorragica. Sotto il dominio di questa, li sì riscontrarono nei prodotti muco-purulenti della uretra nei due sessi, della congiuntiva, negli ascessi periuretrali, nella linfangite, adenite, artrite, vaginalite; nel muco-pus della vagina, dell'utero — collo e corpo —, delle ghiandole del Bartolini e della vulva.

In due tre giorni, moltiplicandosi per scissione, il cocco si insinua nelle cellule del pus, più ancora in quelle epiteliali; può attraversare l'intero strato epiteliale, insinuarsi perfino negli strati superiori del corpo papillare. La copia di essi va parallela col grado della flogosi, però nell'acme di questa, se ne hanno meno di allora che il prodotto è più giallo e più fluido. Abbondano di più nel secreto denso del mattino. Alle

Le mucose uretrali e congiuntivali sono le più facili ad ammalare di blenorragia, ed elaborano il contagio più attivo. A suscitare il morbo non occorre insinuare il prodotto contagioso nel tessuto, e neppure privare questo del suo epitelio; basta la semplice apposizione per breve tratto di tempo, di quello su questo. Dopo alcune ore oppure 3-4 giorni incomincia il lavoro morboso. Inizia con la iperemia, che ordinariamente è attiva perchè provocata da

volte si ecclissano, per ricomparire subito che il morbo ringagliardisce. Per lo più sono disposti a strie ed a cumuli, e spettano ai diplococchi; hanno cioé una forma a cifra *8*, a *biscuit*, e meglio ancora ricordano due grani di caffè uniti per la faccia piana. Neisser, ritiene quali gonococchi quei diplococchi che sono disposti in ammassi quadrati; e che gli individui isolati non si possano apprezzare per tali — Settembre 1885 —. Consiglia ricercarli nel prodotto della uretra maschile. La si dovrebbe lavare per 2-3 giorni, quando è malata, con una soluzione di deutocloruro di mercurio — 1:20000 —, finchè si attivi largo distacco dello epitelio superficiale, che se poi nel prodotto al 3^0-4^0 giorni, vi sono diplococchi, si può essere sicuri che sono proprio gli elementi contagiosi venuti cogli strati epiteliali profondi.

A rintracciarli si distende il prodotto sopra un copri-oggetti, lo si essica, lo si colora col metilvioletto, o dalia o violetto di genziana, o colla soluzione concentrata di eosina — Bumm —, o col metilblau — Neisser. — Si dilava prudentemente il preparato.

uno stimolo esterno. In seno alla cedevole mucosa, distendesi ampiamente la rete vasale, dalla quale prontamente trapela della sierosità, che abbevera la mucosa, il sottomucoso, edema della mucosa per poi riversarsi sulla superficie libera (*catarro sieroso*). (καταρρεῖν, scorrere). A quella può presto unirsi una quantità varia di elementi epiteliali di esfogliazione ed anche di muco - *catarro epiteliale, catarro mucoso* - Alla mol-

che si può esaminare utilmente al microscopio con uno ingrandimento di 5-900 diametri.

Bumm assegna ai grandi gonoccochi i diametri 1.6 μ × 0.8, ai picoli 0.8 μ × 0.6 μ.

Coltivazioni nel siero del sangue, nel quale soltanto si moltiplicano i gonococchi; inoculazioni di muco-pus — De Amicis —, e di prodotti di prima di quarta, e perfino di nona coltura — Bockhart, Paul. e Bumm —, rassicurano del loro potere contagioso. Sebbene rappresentino la specificità del morbo, non ne denotano però sempre la provenienza contagiosa. Furono trovati i detti cocchi in bambine dove niente deponeva per una origine contagiosa. Si rinvennero negli adulti 1-2 e più anni, dopo il contagio. Quando in un prodotto catarrale delle vie uro-genitali sussistano i gonococchi si deve ammettere che quello sia contagioso — Neisser. — Dopo taluni innesti positivi sopra animali ottenuti dal Lundstrom — Dicembre 1885 —, è bene attendere prima di escludere definitivamente la possibilità di attecchire del gonococco sugli animali.

tiplicazione di quei primi provvede il lavoro di endogenesi. Il muco da un lato proviene dalla attività ghiandolare, dall' altro, dalla metamorfosi mucosa delle cellule epiteliali. Brücke pel primo vide gocciole di muco uscire direttamente dalle cellule epiteliali - nel canale intestinale - Cornil e Ranvier ebbero a notare, che nelle cellule epiteliali la sostanza mucosa, sotto forma di ammassi globulosi, si raccoglie nel protoplasma attorno od a lato dei nuclei, che vengono spinti alla periferia. Le cellule epiteliali, elaboratrici della mucina, sotto lo stimolo della infiammazione, accrescono la loro attività; se però quella sia di troppo lunga durata ed intensità, sembra possano perdere la facoltà di produrre mucina (Cohneim).

Allo elaborato catarrale, aggravandosi la condizione, si possono aggiungere corpuscoli di marcia, e questi prendere il sopravento su tutto il rimanente — *catarro purulento*. Derivino solo che dalle cellule epiteliali — per scissione, Cornil e Ranvier, — o più tardi pur anche dal connettivo — Stricker — o sieno puramente leocociti emigrati dai vasi - Cohnheim - si rinvengono essi sulla mucosa e nei follicoli. Le pareti

di taluno di questi ultimi possono venire investite dalla flogosi; questa diffondesi nel connettivo e nei rimanenti tessuti — muscolare, fibroso, vascolare, — che stanno attorno e variamente, acuta o lenta, colle sue infiltrazioni, rammollimenti, iperplasie, può apparecchiare turbamenti funzionali ed anatomici, aumento di spessore, erosioni, esulcerazioni, ascessi, escavazioni ulcerose, fungosità, seni, fistole, oppure ispessimenti epiteliali, granulazioni, restringimenti organici, nodosità nei corpi cavernosi. — Talune delle dette lesioni possono suscitare benissimo delle emorragie; queste si verificano più frequenti nella eccessiva distensione dei vasi capillari, cioè nell'acme della fase acuta. In allora il sangue impartisce al secreto morboso una tinta oscura, che meritò all'affezione il nome di *blenorragia nera* o *russa*.

La blenorragia può percorrere i vari suoi stadii — *sierosa, epiteliale, mucosa, purulenta, emorragica, ulcerosa* ecc. —: fino alla suppurazione superficiale, vi arriva molto spesso.

Nel periodo di sviluppo del morbo, le varie fasi si susseguono con molta maggiore

rapidità, che in quello di risoluzione, nel quale, necessariamente, si ripetono in senso inverso. Le blenorragie purulente non sono tutte da contagio. Comunque sorta, una blenorragia può toccare il suo fastigio più volte di fila. Una forma acuta qualche volta, sovrapponendosi ad una più lenta, la ecclissa e perfino la trascina con sè. Si trovano molto spesso in uno stesso canale mucoso gradi di infiammazione diversa; e può benissimo succedere al medico che, guarita la porzione più accessibile, più gravemente ammalata e da minor tempo, se dia retta all'ammalato, più che ai propri sensi, lasci attivi dei focolai meno molesti, però spesso più insidiosi. È facilissimo a spiegare perchè una donna in buona fede ci si dica già sana, quando soffre pure di catarro nella parte alta della vagina, oppure ci si dichiari guarito un giovanotto che soffrì dolori gravi per una uretrite acuta, quando è tuttora malata la sua uretra profonda: ma non sono affatto giustificabili moltissimi che attendono il verdetto di guarigione dai capricci, quando non sia dai loro interessi. Possiamo ritenere che in vari casi le lesioni anatomiche, non cessino col cessare

del catarro: di qui una facile morbilità: di quì il fatto che s'incontra di continuò nella pratica, che le esasperazioni, le ricadute superano di gran lunga le pretese recidive. Quando si ripeta una blenorragia, è molto raro che essa arrivi alla intensità della prima volta: massime le infiammazioni blenorragiche sub-acute, e più ancora quelle croniche, dacchè di solito, tendono ad aumentare il connettivo nella trama del tessuto mucoso, lo corazzano contro attacchi molto acuti.

Nell'uomo, come nella donna, la infiammazione da blenorragia può diffondersi oltre alla località prima colpita, sia progredendo per contiguità, come per continuità. Nell'uomo, dall'uretra può propagarsi ai corpi cavernosi ed alla guaina dell'asta, oppure via via sino ai testicoli, oppure ai reni. Qualche rara volta, le sono angusti pure questi confini, e fa allora sentire la sua influenza sopra taluni nervi od in talune articolazioni, lungo talune vie linfatiche, parti tutte queste, che possono comprometterne talune altre, come vedremo.

Ora passeremo in esame le blenorragie della uretra dell'uomo, della vulva

della vagina, del collo uterino e della uretra della donna; inoltre le complicazioni possibili in queste differenti entità nosologiche, e la blenorragia congiuntivale nei due ssesi. Delle blenorragie extra-genitali, la blenorragia detta rettale, per quanto dimostra lo esperimento e la affermazione clinica, non oltrepassa l'orificio dell'ano; essa è senza confronto più frequente nella donna che nell' uomo.

In quanto alla blenorragia nasale, auricolare, buccale, ascellare ed ombellicale, non è per nulla constatato che esistano realmente, anzi lo sperimento avrebbe fatto rilevare la immunità la più decisa di taluna delle riferite mucose, di fronte alla materia contagiosa, pure mantenùtavi sopra artatamente.

URETRA DELL' UOMO

Ricordi Anatomo-fisiologici e modi di esame

È un canale escretore — οὖρου orina, τρεχω corro —, che aumenta di rapporti e di affluenti man mano si approfonda. Giova dividerlo in una parte *esterna*, che va dal-

l'orificio cutaneo fino al legamento del Carcassone o triangolare, ed una *interna*, che arriva all'orificio della vescica. La uretra esterna comprende tutta l'uretra spongiosa nelle sue *sezioni glandare, peniena, scrotale* e *bulbo-perineale*; la uretra interna abbraccia la uretra *membranosa* e *prostatica*, le quali due nell'adulto misurano una lunghezza media la prima di millimetri 13, la seconda di 27. L'uretra esterna possiede poche fibre muscolari longitudinali organiche, nessuna il ghiande: è tutta circondata da un corpo cavernoso, i di cui elementi si fondono con quelli elastici della mucosa, che ne è provvedutissima.

La uretra membranosa è rivestita di uno strato muscolare organico, grosso un millimetro, che sta a ridosso della mucosa, ed al quale si aggiungono le fibre striate dei muscoli di Guthrie e di Wilson per costituire il cosidetto *costrittore della uretra membranosa*, tonaca muscolosa di sei millimetri circa, di spessore. La uretra prostatica nello adulto passa come una galleria attraverso la massa della prostata, la quale le fa risentire gli eventuali lievi suoi cangiamenti di posizione, le svariate sue alte-

razioni di forma, di volume. La aponevrosi media del perineo tiene fissa la porzione membranosa, come i legamenti prostatici la prostatica.

Il cul di sacco del bulbo, è il punto meno mobile della uretra esterna, il più declive dello intero canale. Questo gira attorno alla sinfisi pubica, dalla quale, quando le è sotto, dista 18 millimetri, e giunto allo sbocco in vescica, millimetri 30-34. Tra questi due punti la differenza di livello è di millimetri 30-40. Con ciò, a partire dal bulbo sino alla vescica, batte l'uretra, negli adulti, un segmento di cerchio, un terzo circa, con un raggio medio di centimetri 4, raggio che lo ingrossamento della prostata, può rendere più corto.

Nella porzione prostatica, va notato lo *sfintere prostatico* che si vorrebbe, nella ejaculazione, intercettasse al seme lo ingresso in vescica. Lo sfintere della uretra membranosa, può offrire ostacolo alla bolla di uno specillo e allora che entra e quando esce; può impedire ai prodotti morbosi di passare dalla uretra interna alla esterna, quandochè sieno in poca copia, e la orina non li sospinga; ed altrettanto dalla esterna

alla interna ad ogni liquido, se non sia propulso bruscamente, con forza, nel mentre se ne difficulta il deflusso. Altrettanto se si instilli poco liquido nella uretra profonda, può il diaframma attorno all'uretra membranosa tenervelo prigioniero, e quello, se intanto non penetra in vescica, attendere lo svuotarsi di questa per ritornare allo esterno. La corrente elettrica scaricata nella uretra membranosa, determina contrazioni del canale contro lo strumento che ve la porta, precisamente in quella zona che nel cadavere viene presa dalla rigidità, nel quale stato difficulta ancora l'avanzare di un catetere. Insomma la uretra membranosa, colla dovizie di muscoli che la circondano, funziona da sfintere uretrale. La clinica poi dimostra come essa completi e perfezioni lo sfintere vescicale. La sua parte di fibre muscolari striate, soggetta come è infatti, alla volontà, ci consente di resistere alle contrazioni della vescica. La porzione membranosa si può ritenere sede unica degli stringimenti spasmodici.

Nella mucosa dell'uretra abbondano le ghiandole acinose — nella uretra esterna, vi hanno pure le lacune del Morgagni. —

Dette ghia ndoleprevalgono nella porzione membranosa, sono sparse da per tutto, commiste financo ai tubuli prostatici. La mucosa dell' uretra è la più ricca di ogni altra, in fibre elastiche, ed aderisce intimamente alle parti che la circondano.

A livello della fossa navicolare, del bulbo e della prostata, la parete inferiore, forma altrettante depressioni , dove l' uretra è più ampia; al bulbo, se pure manchi lo infossamento, si nota parimenti una maggiore depressibilità, che non sia nel rimanente della uretra spongiosa. I punti più ristretti del canale sono: lo ingresso nell'orificio cutaneo, e quello nella uretra membranosa, la quale, tenuto conto della scarsa sua dilatabilità, ebbe anche l'appellativo di *istmo*.

Quando si abbia ad insinuare nella uretra un catetere, lo si deve far scivolare contro la parete superiore. Questa presenta una via più corta, più regolare, più costante nella sua forma e direzione, più ferma, meno atta a sfuggire ed a modificarsi sotto la pressione, più capace a resistere contro possibili lacerazioni e penetrazioni, pel fatto dei suoi rapporti anatomici e della sua minore vascolarizzazione.

Del resto, la ispezione esterna, la palpazione, la esplorazione rettale, di regola devono precedere il cateterismo. Questi mezzi, la endoscopia, lo esame microscopico di taluni prodotti, variamente trattati nei singoli casi, ci mettono in grado di valutare esattamente la esistenza di lesioni, la loro sede, natura ed importanza, così per la uretra come per le parti, che con essa sono più collegate.

La ispezione esterna può farci rilevare lo aspetto esteriore delle parti, la quantità e qualità dei prodotti patologici, le intermittenze nella loro uscita. La palpazione ci procura molte cognizioni relative alla uretra spongiosa e tessuti circostanti. Corpi stranieri nel canale, infiltrazioni neoplastiche ed infiammatorie, ulcerazioni ecc. possono essere avvertite e talora qualificate. Anche la porzione perineale della uretra, può essere esaminata, colla palpazione, utilmente. Il tocco rettale, permette sentire, a due centimetri dallo sfintere, la terminazione arrotondata del bulbo della uretra; se ingrossato, il corpo delle ghiandole del Cooper; più sopra la prostata, in tutta la sua faccia rettale; le vescichette seminali e la uro-

cisti. La compressione può giovare ad espellere prodotti raccolti in un tratto di uretra esterna e dopo lavato questo, è facile rilevare se a caso la lesione si spingesse più in alto. Dopo detersa la uretra mediante parziale orinazione, la compressione, mettiamo, sulla prostata, potrà far pervenire nel canale dei prodotti, che nuova mizione potrà trasportare sotto il nostro sguardo. Ma e da sè, e meglio ancora associato alla palpazione ed al tocco rettale, ci porge numerosi ed esatti insegnamenti il cateterismo, che fu definito « una raccolta di sensazioni ». Frequenti volte spetta ad esso la ultima parola nella diagnosi. Uno specillo flessibile, abbastanza consistente, che termini in una bolla — N°. 16-18 della filiera trimillimetrica —, che scorra sulla parete inferiore della uretra glandare, poi sempre contro la parete superiore, che non sia mai sospinto con forza, anzi tenuto tra le dita delicatamente, acchè al primo ostacolo nello avanzamento scivoli tra esse, può in uretra sana, lasciare avvertire un molle ostacolo nella porzione membranosa, nel momento in cui l'ammalato accusa una lieve molestia, e nulla più. Ma se quella bolla dovrà soffregare superfici

erose, ulcerose, vegetanti, il dolore, la emorragia, la difficoltà di avanzamento, saranno pronte a rivelarcelo. Che se un dito di contro l'uretra accompagna la bolla, esso potrà dirci in ogni momento dove quella si trovi; quale sia lo spessore, la compattezza, ecc. delle parti frapposte, quando quella entri nell'istmo, quando nella uretra prostatica e, se lo strumento fosse una siringa, quando la finestra di questa incomincierà a guardare il cavo vescicale. Di questa guisa si scorre lungo l'intero tubo uretrale tenendone di continuo una parete tra le due dita, ed assaggiandone la superficie nello intero suo âmbito, con che, nelle varie sezioni, il numero possibile delle cognizioni, non è uguagliato che dalla loro materiale esattezza.

Per quanto poi concerne lo stato della superficie del canale, notizie talora utilissime ci assicura la *endoscopia*, che può essere praticata lungo tutto il tubo uretrale e nella vescica — uretro-cisto-scopia. — Uretroscopi aperti o chiusi con cristallo, diritti e curvi, di metallo e di gomma indurita, possono giovare per l'esame e per le medicazioni. Una curva leggera, facilita la penetrazione in vescica di un catetere, tran-

ne all'estremità vescicale, del resto pur affatto rettilineo. La porzione bulbosa della curva uretrale può deprimersi di 12-15 millimetri quando quella muscolare può elevarsi di altrettanto a spese del plesso del Santorini. Con ciò l'uretra si raddrizza, e rende possibile il cateterismo rettilineo, ossivero la introduzione degli specchi uretrali pure diritti. L'uretroscopio mette sott'occhio le condizioni della superficie uretrale, la mucosa, i vari sbocchi intrauretrali, granulazioni, stringimenti, può permetterci di vedere il pertugio di ingresso di uno di questi, renderne possibile la specillazione; permettere l'escisione di vegetazioni a scopo di ulteriori esami ecc.

Il microscopio deve essere molto spesso adoperato. Con tanti affluenti che immettono nella uretra, con tanta varietà di prodotti fisiologici e patologici che vi si versano, lo esame microscopico soltanto, può metterci qualche volta in grado di designare la presenza, natura, origine, valore clinico, di taluni elementi; chiarirci a tempo sullo stato del paziente ed intorno alle complicazioni, le quali, sarebbe rovinoso, passassero inavvertite.

BLENORRAGIA URETRALE

Uretrite blenorragica acuta, uretrite blenorragica cronica e blenorrea, goccetta, umidità uretrale.

Possono provocare blenorragia uretrale, il contagio e la irritazione. La materia contagiosa o passa direttamente dalla mucosa malata alla sana — contagio immediato, — o la portano su questa ultima, pezzi di lingeria, seggette, corpi inanimati in genere, oppure anche individui che pur rimangono illesi — contagio mediato. — La contaminazione si può effettuare senza bisogno della eccitazione sessuale, nè della erezione, nè di alcuna precedente lesione della mucosa. La più parte delle uretriti dipende da contagio; e nel prodotto racchiude il gonococco. Il sangue mestruo, i lochi, l'icore cancerigno, e la leucorrea, non nuocono ad ogni uretra, l'abitudine porta all' acclimatazione; l'abuso del coito, l'eccesso di vulnerabilità, lasciano presupporre un qualche pericolo. L' onanismo, la erezione prolungata, l'abuso dell'abbracciamento, le iniezioni cosí dette profilattiche, il passaggio per l'uretra di

asparagina, di cantaridina, di prodotti di eccessiva riduzione, di renella, di calcoli, di cateteri; l'uso eccessivo dei liquori, della birra, le dimensioni sproporzionate della verga e dell'orificio cutaneo della uretra, la ipospadia, il prepuzio lungo, la costituzione scrofolosa, le emorroidi, i vermi intestinali, lesioni residue del canale di organi circostanti, forse talune influenze epidemiche possono fungere da elementi occasionali, e parecchi di questi, in quanto agiscano uniti, elevarsi a causa determinante; ciò non si verifica però che con estrema eccezionalità.

Dal primo agire della causa ai primi segni del morbo — periodo d'incubazione — passano da 2 a 7 giorni giusta la forza della causa, e la impressionabilità della parte. Succedonsi dappoi, i periodi di *sviluppo*, di *acme*, di *declinazione*. Ove la causa morbigena venga dal di fuori, ammala per prima la uretra glandare. Di solito il morbo fa quivi sosta per 3-4 giorni, indi si dirige verso l' uretra perineo-bulbare, che di rado raggiunge prima del decimo giorno; e qui una seconda tappa, che spesso segna l'arresto nella diffusione del

male. Il catarro può essere, secondo il periodo e l'intensità della flogosi, sieroso, epiteliale, mucoso, purulento, emorragico, variamente commisto, ed abbondante. La portata dei sintomi soggettivi non armonizza talora con quella degli obbiettivi.

Sono possibili la inappetenza, l'insonnio, il malessere, l'abbattimento, la febbre. Uno dei primi sintomi è il bruciore nel mingere. È quasi sempre più forte alla fossa navicolare; talora è esteso quanto la infiammazione, e gagliardo al paro di questa. Il turgore della mucosa, l'eventuale affievolimento della tonaca muscolare — miosite periuretrale o paretica, o paralitica, — e l'irrigidirsi ed ingrossarsi del corpo cavernoso uretrale, possono turbare il corso dei prodotti morbosi e della orina, impedendo a quelli la facile discesa fino nella fossa navicolare e suscitando disuria e stranguria. La cavernosite, colla offesa agli elementi contrattili, e collo essudato, minora e toglie la distensibilità al corpo cavernoso della uretra e così a quelli dell'asta, subito che li guadagni. Che se vi decorra flemmonosa, suppurativa allora produce in corrispondenza alla fossa navicolare, più rara-

mente al bulbo, ascessi, seni fistolosi esterni, ed in via eccezionale, fistole. La cavernosite lenta, che lavora talfiata intorno alla uretra, e ancora più nei corpi erettili dell'asta, determina intasamenti diffusi, indurimenti, nodi fibrosi, che poco o punto scemano di volume sotto la pressione, e che sono ostinati, talune rare volte invincibili. La mucosa uretrale infiammata, distesa sotto l'atto della erezione suscita dolore: altrettanto ne cagionano i corpi cavernosi, nei punti nei quali la infiammazione rende impossibile il turgore erettile.

La perdita di distensibilità di questa o quella sezione dei corpi spongiosi, obbliga l' asta ad incurvarsi ad arco attorno al punto, od ai punti offesi — *corda infiammatoria* -: questi, violentati per tal modo, dânno dolore sempre intenso, proporzionato alla acutezza del morbo. Taluno vorrebbe le fibre longitudinali della uretra, durante la erezione, potessero venire prese da spasmo ed inflettere l'asta in basso; però questa *corda spastica* s'incontrerebbe molto più di rado della corda infiammatoria. La mucosa uretrale, stiracchiata dalla erezione, incorre alle volte nella lacerazione di qualche pic-

colo vaso. La emorragia che ne seguita è molto scarsa; più abbondante può essere quella che segue alla rottura violenta della corda, quale la provocano taluni insofferenti delle molestie della erezione, la quale nelle forme acute si fa sentire acerba ed insistente, massime nella notte. Allora infatti che questi tali, poggiata l'asta rigida e ricurva sopra una superficie piana con un colpo della mano la raddrizzano, possono lacerare la mucosa e persino il corpo cavernoso. In aggiunta alla emorragia del momento, infiltrazioni, stringimenti cicatriziali successivi, pesano sopra codesta pratica. Le erezioni della notte, oltre che suscitare sofferenze, attizzano la infiammazione, provocano polluzioni, inquietudine, insonnia. Quando i follicoli al ghiande, e più ancora alla mucosa del bulbo, restino assediati da vivo e continuato lavoro, possono rammollire, suppurare, magari unitamente al tessuto che li attornia. Che se covi più lenta ed assidua la infiammazione, così nei corpi cavernosi come in seno alla mucosa e sottomucosa, si può avere produzione di nuovo connettivo. Tale connettivo o quello che colmerà le ulceri follicolari, o le eventuali lesioni traumatiche, costituisce nella

uretra delle provincie non distensibili dei tratti di calibro inferiore al normale — *stringimenti organici* — che aggravano l'infiammazione nelle sezioni del canale retroposte.

La uretra profonda ammala per prima laddove le cause di uretrite sieno interne; di solito però infiamma più tardi della uretra esterna. Il prodotto della uretrite profonda, non è guari così denso, cremoso, omogeneo, come quello della uretrite esterna; è trasportato dalla orina; più raramente da contrazioni riflesse, che ricordano la ejaculazione: può essere mescolato a secreto della prostata e delle vie seminali. — Ne derivano bisogno frequente, talora imperioso, di orinare, tenesmo vescicale, talora insistente, che può far eliminare, in fine di mizione, alcune goccie sanguigne e persino di puro sangue. La uretra membranosa e prostatica, infiammate, spesso simulano la cistite cervicale, che talora vi coesiste.

Come per lo più la uretrite esterna, se non è già mitigata, si mitiga al sopravvenire della uretrite interna, così questa si attenua subito che le segua qualche complicanza. In ogni modo l' acuzie della uretrite interna declina rapidamente.

Si suole parlare di uretrite *cruposa* e di uretrite *secca*. La prima viene contraddistinta da un elaborato molle, fibrinoso, a striscie, a cilindri cavi, che alla trazione non si dividono in filamenti, ma di traverso, in brandelli, che coll'acido acetico si gonfiano e si rischiarano come la fibrina, quando il muco diverrebbe opaco e filamentoso: tale prodotto deriva, per lo più, dalla uretra esterna, comunemente in seguito ad iniezioni molto irritanti fatte col bicloruro di mercurio, o col nitrato d'argento. La uretrite secca — da non confondersi colla nevralgia uretrale, uretrodinia — non esiste come forma a sè. Il catarro può non venire all'esterno perchè rappigliato da iniezioni coagulanti. Può succedere che, nel corso di una blenorragia, la superficie mucosa resti asciutta come quella del naso, della gola, per sopravvenuti accessi febbrili; di conseguente si può in genere incorrere in una fase transitoria di secchezza, senza che si abbia una forma che meriti a rigore, l'appellativo di uretrite secca.

Una uretrite non compie il suo corso tutto regolare, ma per lo più fa le sue soste, i suoi ritorni. L'uretra è uno specchio dove

il medico può rilevare mille influenze, massime da parte del regime e della alimentazione. Il pessimismo dei primi giorni nel sofferente di uretrite, dà luogo troppo presto all'ottimismo il più roseo. Una uretrite, creduta guarita da otto dieci giorni, può riapparire una o più volte — blenorragia intermittente, blenorragia a ripetizione. —

Una uretrite blenorragica acuta in 4-8 settimane può svanire completamente; altre volte assume i caratteri della forma cronica.

Nelle recidive, il processo non raggiunge mai l'acutezza della prima volta. Varie delle circostanze causali preaccennate, come pure la tubercolosi e la sifilide uretrale, possono mettere in iscena una forma che sia mite e torpida fin da principio.

La uretrite cronica esterna è più frequente della interna. Questa passa più spesso inavvertita, sebbene, a differenza di quella, trascini molti individui, e parecchi più di una volta, a vicine e lontane complicazioni. Giova distinguere:

BLENORRAGIA CRONICA	DA GOCCETTA	DA UMIDITÀ CRONICA URETRALE
Sintomi obbiettivi - Tre quattro ore dopo la ultima mizione si può spremere col dito una goccia bianca o giallognola. Può scendere da sè o solo colle orine. Il meato può essere un poco arrossato.	**Sintomi obbiettivi.** - A sei dodici ore dalla ultima mizione - di solito dopo il riposo della notte -, al mattino una goccia lattiginosa od opalina, mai gialla, incollante le labbra uretrali, oppure filamenti bianchi nelle prime goccie di orina e che si possono far uscire al solo premere l' uretra glandare.	**Sintomi obbiettivi** - Esce un liquido analogo a quello che esce dall'uretra dopo una erezione prolungata e violenta, è trasparente, filante: dopo una uretrite può fuoriuscire senza uopo di erezioni, distendesi in fili lunghi 4-5 centimetri. Lo si vede massime dopo la defecazione - prostatorrea -.
Sintomi soggettivi - Di solito leggere molestie, variabilissime per qualità e sede nei varii pazienti e talora in uno stesso, in tempi diversi.	**Sintomi soggettivi** - Nessuno. Raramente un brivido od un senso di solletico fugacissimo, nell' orinare.	**Sintomi soggettivi** Nessuno.
Pericoli - Suscettibilità al catarro mucoso ed al purulento per - veglia, eccessi nel coito, uso alcoolici ecc -.	**Pericoli** - I disordini di regime e di dieta non esercitano una influenza molto apprezzabile, per cui la possibilità di contagio è molto tenue e quasi nulla.	**Pericoli** - Può diventare opalino, mucoso. Nessun pericolo di contagio.

Come la uretrite cronica può venire dalla acuta, così essa può tramutarsi in goccetta ed umidità. Questa proviene massime dallo apparecchio glandolare; l'origine di quella può essere la fossa navicolare, talora è più in alto. La uretrite cronica ha sua sede più che tutto nel cul di sacco del bulbo, più di rado nella uretra [1]) interna.

Più la uretrite è vecchia, più le lesioni anatomiche possono essere gravi, e più sono circoscritte. Nella forma acuta, si può avere rossore, abbeveramento della mucosa, più

1) Le ghiandole uretrali, quelle del Cooper, la prostata e le vie seminali, possono versare nell'uretra un umore, e quando siano sane e quando siano malate. In quest'ultimo caso vedremo più avanti cosa avvenga. Occupiamoci delle loro secrezioni igiologiche.

Le ghiandole uretrali mantengono spalmata l'uretra con un liquido semitrasparente, grigio, che somiglia a quello dello prostata. — Il secreto delle ghiandole del Cooper è jalino, estremamente vischioso, filante, rende molto lubriche le dita che se ne bagnano, ed è alcalino. È esso che dà allo sperma il carattere filante; non contiene elementi anatomici: coll'acido acetico, nè si coagula nè si dispone a strie, come fa il muco. Lo si elimina in ispecie sotto l'eccitazione erotica. Si mescola al seme, oppure fuori della ejaculazione, al segreto delle ghiandole uretrali — Il secreto prostatico è un liquido tenue torbido lattiginoso, di reazione neutra, o lievemente acida (di rado alcalina), dell'odore dello sperma. Con-

raramente, distensione dei follicoli, con macerazione ed erosione del loro orificio. All'esame istologico, vedesi predominare formazione di cellule epiteliali, la trasformazione purulenta di varie di esse; dilatazione dei vasi sovrempiti; infiltrazione abbondante di elementi linfoidi nello strato sottoepiteliale e nel derma mucoso, decrescente verso gli strati profondi; gonococchi attorno ed entro agli anzidetti elementi. — Nella forma cronica si sono notate arborizzazioni lineari, iniezioni punteggiate,

tiene dei flocchetti biancastri costituiti da epitelii puramente cilindrici, qualche concrezione amiloide e numerosi granuli incolori, discretamente rifrangenti, di varia forma; i più grossi arrivano alle dimensioni di un globulo rosso. Trattato il liquido con una soluzione, al 1 per cento, di fosfato di ammoniaca, lascia precipitare i cristalli di Boettcher, che nel cadavere si possono incontrare belli e fatti, nel succo prostatico. L'umore prostatico, può, ove abbondi, uscire durante la defecazione. Lo sperma alle volte sfugge dalla uretra, senza che intervengano la erezione e lo invito sessuale, con le feci, colle orine, ed anche da solo. Può contenere nemaspermi e non tenerne punto — spermatorrea, azoospermatorrea. — Contiene in ogni modo prodotto di elaborazione dei testicoli, cioè un liquido viscido bianco o sporco, inodoro, con cellule epiteliali rotonde, nonchè secreto delle vescichette seminali, vale a dire, una materia gelatinosa, jalina.

tumefazione, maggiore compattezza e rigidità della mucosa, qua e là di uno spessore doppio e triplo appetto al normale; depiteliazioni, ulcerazioni, infiammazioni dei follicoli; sviluppo di granulazioni e di vegetazioni, e sessili e peduncolate; di ispesimenti epiteliali talora rilevanti; di addensamenti della mucosa, rigidi a placche, ad anelli, a cicatrici, limitanti la larghezza e dilatabilità del lume. Il sottomucoso e gli strati attorno sono qualche volta analogamente compromessi.

Se si abbia deflusso di umore dalla uretra, è necessario conoscere: se esso emani da detta mucosa, e da qual tratto di essa; quali condizioni locali ed, eventualmente, generali lo mantengano.

Se proviene dalla mucosa, la data del morbo, la qualità e quantità del prodotto, l'intensità del dolore sotto la mizione e la erezione, ci apprendono il grado del morbo e, in parte, la sua estensione.—Tengasi presente la possibilità che esistano due zone flogosate per età e gravezza differenti, dacchè nella pratica non è infrequente, ad un catarro cronico della uretra interna, si aggiunga una forma acuta, di quella esterna.

L'accurata anamnesi, la irrigazione di un tratto di uretra e l'esame dei prodotti che scendono da questo, e di quelli eventuali che uscissero, subito appresso, solo a mezzo delle orine; lo esame delle varie sezioni, di uretra, con uno specillo a bolla, e colla palpazione, potranno giovarci, e più ancora, l'uretroscopio. Questi mezzi, oltrecchè dirci le sedi, ci dicono pure la specie, delle alterazioni. La qualità delle complicazioni, l'uscire del prodotto morboso colle sole orine, oppure da sè sotto forma di ejaculazione; la possibile presenza in esso di elementi prostatici, oppure seminali; i dolori nella ejaculazione, possono deporre per la uretrite profonda. Non è poi a disconoscere come esista una certa analogia di sintomi tra la uretrite profonda, la prostatite, e la cistite cervicale, affezioni che spesso si associano, e si incalzano.

La uretrite non è in generale una affezione grave. Le complicazioni — flebite dei corpi cavernosi, prostatite acuta, poliartrite, oftalmia purulenta, ecc., — e le successioni morbose — stringimenti, ascessi, fistole, — sono frequenti, e possono condurre a risultati gravi, e perfino alla morte. Le condizioni generali del soggetto, la durata, la

gravezza e profondità delle lesioni che sostengono il catarro, il facile esacerbarsi e recidivare di questo, ne rendono più o meno difficile la guarigione. La tenacia del morbo è spesso in diretto rapporto colla sua mitezza; un catarro acuto che si sovrapponga ad uno lento, può, guarendo, portarsi via anche questo ultimo.

La prima uretrite è la più intensa, le altre però, non sono più cedevoli. I riguardi igienico-dietetici, sono l'indispensabile ausiliario nella cura della blenorragia uretrale; d'altra parte si vedono, sia pur eccezionalmente, delle uretriti, che renitenti durante la osservanza più scrupolosa di essi, guariscono senza cura, tosto che si violino decisamente. La persistenza del dolore nella erezione o nel mitto, o nella ejaculazione, pure svaniti gli altri sintomi, è, ordinariamente, segno di miglioramento o di tregua poco rassicurante.

Nessuna donna regalerebbe la blenorragia, se minuziose cure di nettezza *intus et extra*, precorressero ogni rapporto sessuale. E prudente evitare ogni sovraeccitazione prolungata, così pure la ripetizione di abbracciamenti molto vicini tra loro. Se « *sine Bacco friget Venus,* » unitavi, raddoppia

le sue insidie. Il « *non moretur in coitu* » di Nicola Massa, è savio consiglio, massime quando certa copia di umori nella vagina, — catarro, sangue mestruo, locchi —, non avesse trionfato sull'ardore dell'uomo e, per giunta, non fosse questi abituato alle asprezze del clima. Il *condom* può essere molto utile, non è però una garanzia completa; per chi affretta il passo, un ombrello, pure rotto, a qualche cosa giova. Il motto della Scuola Salernitana: « *Post coitum si mingas, apte servabis urethras* », pazienza per la grammatica, racchiude un suggerimento giusto. Opportunissime sono parimenti le immediate lozioni esterne. Le iniezioni semplici o medicate nell'interno della uretra ancora iperemica, per l'atto consumato, potrebbero suscitare le conseguenze del nemico che si teme, e che magari non sussiste.

Spiegato il morbo, quanto più se ne abbrevia con prudenza la durata, tanto più si prevengono alterazioni somatiche maggiori. In ogni soggetto, in ogni periodo del morbo, massime nell'acuto, sono indispensabili ed utilissimi alcuni provvedimenti igienico-dietetici. Si devono bandire l'eccitazioni genesiche, l'equitazione, la danza, la scherma e l'andar in

carrozza, l'esagerato moto attivo, la birra, il sigaro, gli alcoolici, il vino, il caffè, il thè, gli asparagi, il cacio, gli alimenti e bevande acidi, salati, drogati, eccitanti, e prima di tutti ogni atto o pensiero salace. È opportuno l'uso del sospensorio, quello del latte, degli erbaggi cotti, delle carni allessate. La copia degli alimenti dev'essere molto modica. Le esigenze dovute a talune abitudini, ai bisogni proprii all'organismo, si possono soddisfare con accorto criterio. Nel periodo acuto possono giovare le generose bevande - latte, aqua, preparazioni medicamentose -. Quando si passa alla cura locale, quanto meno l'individuo orina, tanto meglio è.

La *cura propria* può essere *diretta* - locale -, od *indiretta* — interna. — Quando il morbo è sul cominciare, v'ha chi reputa possibile e conveniente, l'aggredirlo e giugularlo — *cura abortiva* —.

Nei primi giorni dopo il coito, tra il primo ed il quinto, quando la infiammazione si tradisce appena con alcune avvisaglie, sia cioè tenue il bruciore al mingere, e il catarro scarso e sieroso, o siero-mucoso, le iniezioni con nitrato di argento disciolto, possono sostituire, al processo morboso che tende a

protrarsi, una flogosi comune benigna, che cederebbe, dicesi, al 4°-5° giorno. Taluni praticano una sola iniezione forte = 1.—2 : 30,00 aqua, = altri, tre o quattro deboli = 0,01 —0,35 : 30,00 =. Il liquido insinuato delicatamente, poco dopo una mizione, deve venire sospinto, a rilento, su tutta e sola la parte ammalata, o distribuitovi coll'indice della mano sinistra, nel mentre l'indice della destra, apposto contro l'orificio, ne impedisce la uscita. Il liquido si crede possa essere portato debitamente a bagnare la parte malata, anche con una spugnetta; ma la manovra non è senza difficoltà, nè senza inconvenienti, specie per malati poco pratici. La cura abortiva, non si ha frequente occasione di applicarla sui novizii inesperti, che si presentano, di solito, troppo tardi; nei blenorragici emeriti, corrisponde meno. La medicazione addimanda una mano destra, una dosatura diversa nei varii gruppi di casi. Laddove una sana pratica conceda pure di evitare taluni inconvenienti — dolore, disuria, stranguria, uretrorragia, diffusione della flogosi su part sane —, circostanze d'indole la più differente, non coronano que-

sto trattamento, con molti successi, e ne restringono a dismisura l'applicabilità.

Vi ha chi giudica di poter reprimere una uretrite che si sviluppa, con la ingestione di larga dose di balsamici — copaive o cubebe —. Senonchè ne deriva di leggieri, inappetenza, peso alla testa, nausea, vomito, diarrea, orticaria, talora anche sintomi di congestione bronchiale, renale, palpebrale, buccale, faringea, e perfino, turbamenti nervosi gravi. Ora queste possibilità non le si possono affrontare perchè si abbia una somma di successi bene assodati ed incoraggianti, poi ancora perchè il morbo che si vuole combattere non è di tale entità, che si debba esporsi, per esso, a tali inconvenienti.

Onde è che *di regola il metodo abortivo deve cedere il posto alla cura metodica.*

Nel periodo di sviluppo, più ancora in quello acuto, si badi alle norme igieniche prima enumerate. Non si ricorra a tentativi azzardati, non si ceda all'impazienza. Conviene lasciar fluire la materia, sino a che, sieno cessati completamente, i dolori della erezione e quelli durante la orinazione, o sieno questi molto miti. Intanto, secondo il comportarsi dei sintomi, secondo esista torpore

o meno degli intestini, oppure le emorroidi, o se il soggetto è gottoso, si prescriveranno i purgativi, i diuretici, gli ammollienti, gli alcalini, i sedativi, gli antifiogistici.

Tra i purgativi sono consigliabili: Gomma-gotta 0.10-0,20 Zuccaro di canna 1.00; Calomelano 0,30-0,80; Infuso lassativo con Solfato magnesiaco. I purgativi vanno impiegati più spesso in principio di cura; talora sono da ripetere nel corso di questa; contemporaneamente, si possono usare taluni dei rimedii che seguono.

Tra i diuretici: il Clorato o Acetato o Nitrato di potassa — 4,00-8,00 — in un infuso di semi di lino o di canape.

Tra gli ammollienti; Infuso di lino o di canape;— 10.00 in 7-800.00 di colatura —; Infuso di lino e Liquirizia — 10.00-15.00 in 700.00 —; Liquirizia polv., Galattosio, Gomma Arabica, Amido (o Bicarbonato sodico) ana 4.00, Aqua 8-900.00.

Degli Alcalini: Bicarbonato di soda, Zuccaro di canna, Essenza di cedro — 4-8.00 -; 20.00, goccie 2 (aqua 4-500-00); oppure talune aque alcaline naturali.

Quali sedativi: Foglie di iosciamo, in infuso — 1.00: 100.0 —; Bromuro di sodio o

di canfora 1-5.00 : 100,00 aqua; — Sciroppo codeina -- 20,00 : 60.00 --; Estratto di canape indiano — 0.15-0.30 —; Foglie di digitale in infuso — 1.00: 100.00. — Questo ultimo giova pur anche contro le erezioni; contro le quali corrispondono in grado vario anche altre prescrizioni di questo gruppo.

I ripercussivi, sono i mezzi antiflogistici da preferire a tutti gli altri. Data una infiammazione molto gagliarda, però recente, può giovare l'applicazione di 8 - 10 mignatte al perineo.

Contro le erezioni dolorose e le polluzioni che vi tengono dietro, e che aggravano lo stato del paziente, giova: tenere libero l'intestino; bere poco sulla sera; giacere sopra un letto duro, obbligandosi, magari con un grosso nodo fissato di contro alla colonna vertebrale, ad evitare la posizione supina; mingere spesso nel corso della notte. Può convenire di prendere, prima del sonno, tutta in una volta, una delle seguenti preparazioni : Canfora — 0.20 — 0.40; Estratto tebaico — 0.02-0.04 — Estratto di Atropa bellad. 0.005 - 0,015; Estratto di josciamo — 0.10 - 0.20; Luppolina — 0.50 — separatamente, o in modo vario combi-

nati ed, ove abbisogni, cautamente ripetuti nel corso della notte. Si può pure usare un clistere contenente: Canfora 2.00, oppure Laudano goccie 5-10; ossivero un suppositorio che porti con se: Estr. di Atropa — 0.10-0,20 - o Cloroidrato di morfina 0.01-0.02- oppure una iniezione ipodermica, a mezzo uno di questi sedativi, in corrispondenza alle prime vertebre lombari. Il trattenere legato allo scroto, con una lista di cerotto, il pene, costituisce, con tutto il rimanente una somma di mezzi che adoperati rettamente soddisfano bene alla indicazione. Il rompere la corda mette istantaneamente fine ai dolori che la accompagnano, ma dà adito ad uretrorragia, ed alla specie più dannosa dei restringimenti uretrali.

Contro la stranguria e la ritenzione, ove falliscano i semicupi caldi, giovano il ghiaccio nel retto [1]) l'atropa belladonna, il vuotare la vescica con una siringa Lamotte, molto sottile, riscaldata, disinfettata e bene unta con olio fenicato, e che sia introdotta delica-

1) Lo si tenga in bocca o nelle mani, sino a che abbia perduti gli spigoli. Lo si metta quindi in un tessuto gommato o in un *condom*, o lo si avvolga nel caoutchouc. Si unga con olio il rivestimento e si insinui tutto nello intestino.

tamente, non apporta rilevabile nocumento, seppure determina qualche emorragia.

La uretrorragia, col riposo, coi ripercussivi, colla compressione, si arresta, ma di solito è così leggera e dura così poco, che non reclama alcuna misura.

Non bisogna mai obliare la influenza che svariate condizioni extra-uretrali, esercitano sulla uretra: la cura di quelle esercita sull'uretra vantaggi apprezzabili.

Ma veniamo agli strumenti ed ai liquidi in uso per le iniezioni.

Gli schizzetti di Sigmund, di Squire, di Gallois, o meglio uno piriforme, di gutta percha, della capacità di c.c. 14-16, con beccuccio corto e grosso, leggermente conico, serve nella pluralità dei casi. La siringa a getto retrogrado del Langlebert può servire in caso di localizzazioni nella parte anteriore della uretra esterna, come avviene quando si creda utile cimentare la cura abortiva. Gli schizzetti di Dick, Guyon, di Bumstead, oppure una comune siringa cilindrica, unita ad una Pravaz valgono egregiamente per portar liquidi nella uretra profonda.

L'individuo minga dieci minuti avanti; la siringa sia affatto riempita, non contenga

cioè aria, l'individuo sia disteso con cuscini che tengano alta la testa e le spalle, il canale sia raddrizzato non però teso. Il beccuccio deve occludere affatto l'orificio della uretra; l'asse di questa deve essere in linea retta con quello dello strumento. La pressione deve far avanzare il liquido nella uretra gradatamente. Entrato, ve lo trattenga per 3-5 minuti, lo istrumento stesso, ovvero un dito applicato contro il foro. La successiva mizione deve essere il più possibile differita. Le iniezioni sono fatte in numero di una, al primo giorno, in seguito di 2-10 al giorno. Cessato lo scolo, le si diminuiscono in numero, salvo a sostituirle poco a poco coi balsamici.

Il metodo delle iniezioni é il più efficace, fa guarire prima e più stabilmente di ogni altro; rappresenta perciò la migliore garanzia contro lo svolgersi di stringimenti; ne è la migliore profilassi. Più che la qualità del rimedio, importa tenere d'occhio la diligenza e la destrezza colle quali esso viene introdotto. La iniezione deve suscitare, al momento che la si pratica, tutto al più un leggiero bruciore. La dosatura del rimedio sarebbe bene armonizzasse colla qualità e grado delle lesioni;

come nel corso del morbo queste si mutano, così è difficile che una sola formula serva per ogni uretrite, e per ogni suo stadio. La infiammazione degli annessi della uretra, controindica tale metodo di cura e sopravvenendo la più lieve minaccia da parte di quella, lo si deve sospendere.

Giova incominciare con iniezioni *anti-settico-astringenti*, le quali abbiano di mira e il *gonococco* e la mucosa malata, indi si passa alle *astringenti*, più o meno energiche: talvolta infine prestano buon servizio le *inerti* od *isolanti*.

Quali antisettiche figurano e sono raccomandabili: 1° Iodoformio porfidato 10,00 — Acido fenico 0.10 — Glicerina neutra 20-00 Aqua stillata 80.00; 2° Salicilato sodico 2-5, Nitrato d'argento 0.03-0.05. 3° Bicloruro di mercurio 0,01 ciascheduno dei tre in 100.00 di aqua. Gli acidi borico, fenico, salicilico, timolico non corrispondono abbastanza, od irritano di soverchio. Solo un'esame microscopico ripetuto sul prodotto, emesso varie volte, potrebbe a rigore additarci quando si potesse abbandonare la cura antiparassitica; senonchè taluni astringenti di quelli che

seguono, godono pur anche di una azione parassiticida.

Come astringenti, in 100 di aqua possono immettersi: 1° Solfato di zinco 0,20 — 0.50; 2° Acetato di zinco 0.50 — 1.00; 3° Cloralio idrato 0.15 — 0.30; 4.° Solfato di zinco ed Acetato basico di piombo ana 1 — 2.00; 5.° Tannino 1 — 2.00; 6° Permanganato di potassa 0.20 — 0.50; 7° Solfato di allumina e potassa 0.20-0,50, ecc.

Per astringente ed isolante raccomandabilissima è la formula del Ricord: Solfato di zinco, Acetato basico di piombo ana 1-2.00, Aqua stillata di rose 200.00, Tintura di opio e di catecut ana 3.00.

Iniezioni isolanti, talora utili negli ultimi giorni di cura, sono le seguenti: Solfato di zinco 0.50; ed Ossido di zinco 2 4.00; 2° Sottonitrato di bismuto 2-5.00 ambidue in 100 di aqua. I balsamici possono essere usati da soli, oppure si possono trarre in uso sulla fine, quando, cessato lo scolo, si va diminuendo gradatamente il numero delle iniezioni: si può continuare con quelli qualche tempo dopo lasciato l'impiego di queste. In generale il Balsamo copaive è il più efficace, più di rado lo è invece il Pepe cubebe, che

lo stomaco tollera più facilmente, e che provoca più di rado eruzioni cutanee. L'olio di Santalo giallo presta del pari ottimi servigi, ma è troppo costoso.

La Trementina, il Balsamo di *Gurium*, il *Gelsemium semper virens*, non raggiunsero, e giustamente, molta diffusione. Il Balsamo del Perù, del Tolù, del Canadà, ecc., rimangono in seconda linea affatto. I balsamici addimandano un certo grado di tolleranza, da parte delle vie digestive. Si devono adoperare quando la loro azione può tornare decisiva. Talora rispondono con migliore attività, allora che se ne riprenda l'uso interrotto per qualche giorno, o che si sostituiscano o si alterni l'un l'altro, o si prendano uniti assieme. La dose dei tre primi è da 3 a 10 grammi al giorno di cadauno, se presi isolatamente, o complessiva se vengano assunti uniti.

Questi possono usarsi colle seguenti formule:

1. Balsamo copaive 15.0 Magnesia 9.00 M. fa boli 50;

2. Balsamo Copaive, Alcool rettificato, Siroppo di balsamo dei Tolù, Aqua di menta, Aqua di fiori di arancio, Alcool nitrico ana

30.00, da tre a, sei cucchiate al giorno (Chopart);

3. Capsule di Balsamo copaive da 2-10 al giorno;

4. Pepe Cubebe rec. polv. 2-6.00 al giorno;

5. Quando abbisogni, si può unirlo al Bicarbonato di soda, al Bismuto o alla limatura di ferro, all'acido gallico, all'opio, alla canfora, allo estratto di belladonna;

6. Balsamo Copaive 10,00, Pepe Cubebe 20.00, Magnesia calcinata q. b. p. f. boli 30 da 4-6 per giorno.

7. Balsamo copaive, Pepe cubebe ana 10.00, Estr. Ratania, Allume usto ana 3.00, Magnesia q. l. p. 6. boli 40 da 4 a 10;

8. Balsamo copaive 15.00, Pepe cubebe 50-00. Tartrato ferro-potassico 5.00 Siroppo Cotogni q. b. p. f. Elettuario, da una a 4 dosi del volume di una nocciuola, per giorno (Trousseau);

9. Balsamo copaive, Pepe cubebe ana 20.00 magistero di bismuto 8.00, Tannino 6.00 Carbonato di ferro 1.00, Essenza di menta goccie 4, da prendere come il precedente;

10. Balsamo copaive 12.00, Pepe cubebe 18.00, Polv. di Gialappa 5,00, Gommagotta

0.30, Siroppo di rose pallide q. b. p. f. elettuario;

11. Balsamo copaive, Olio di Santalo giallo ana 5.00 Pepe cubebe 16, Magnesia usta q. b. p. f. boli 40 da 1-10;

12. Cassule di Estratto idro-alcoolico di Pepe cubebe (ciascuna ne dovrebbe contenere 70 centigr.) da 1-8;

13. Cassule d'olio essenziale di Santalo giallo (0.25 per capsula) da 4-25.

L'uso dei balsamici vuole essere sorvegliato. La stazionarietà del processo indica la convenienza di cambiare il farmaco, o di sospenderne l'uso, o di mutarne la dose. Il trattamento cogli emollienti, quello coi balsamici possono, e troppo prolungati, rendere più pervicace un catarro uretrale, alterare il tubo gastro-enterico. Nello esame delle orine di chi prende balsamici bisognerà non essere troppo corrivi a vederci l'albumina, non lasciandosi ingannare dalle resine eventualmente esistenti ([1]).

[1]) Gli acidi minerali possono intorbidare le orine precipitando le resine — del copaive, del cubebe, della trementina ecc. — contenute nelle orine. Ora quel precipitato si ridiscioglie con la ebollizione, colla potassa, coll'alcool, coll'ammoniaca, quando il sedimento albuminoso, vi resterebbe immutato.

I balsamici per inalazione, per suppositorio, per clistere, non meritano punto di essere raccomandati.

Man mano il processo invecchia e più si affermano le lesìoni anatomiche, tanto più perdono in efficacia le cure indirette, e più si raccomandano le locali.

Nei casi di catarro cronico, come in quelli di goccetta, e di umidità uretrale, la cura deve ispirarsi al genere di lesione, ed alla sua sede.

Se sia offesa la uretra esterna, possono essere utili: la ripetuta introduzione di cateteri, che vincono gli iniziali stringimenti, lo abbeveramento della mucosa, ecc ; le iniezioni di Percloruro di ferro — 0,20 - 1.00: 100, — di Allume — 1-2. 00: 100.00; — la introduzione fin sulle parti malate, di paste astringenti — Tannino e Glicerina, oppure Tannino Solfato di zinco e Glicerina — ridotte alla consistenza di massa pillolare e distese, a strato, per due centimetri intorno ad una candeletta olivare. Possono esser tratte utilmente in uso: le insufflazioni di polveri astringenti — Nitrato o Tannato di bismuto, Ossido di zinco — ; la irrigazione mercè liquidi medicati e siringa a doppia

corrente; la medicazione mediante l'uretroscopio.

La uretrite profonda esige maggiori e più diuturni presidii igienici della uretrite esterna. Se sia acuta, la libertà del ventre, bene mantenuta, i ripercussivi, la mignattazione al contorno anteriore dell'ano, sono mezzi giovevolissimi. Così lo sono, le infusioni di Uva orsina - 20 - 45,00 : 200.00 - con o senza fiori e bratee di Luppolo — 15.00; — le polveri di Acido gallico — 0.50 — con quelle del Dower e con Acido benzoico — ana 0.15 — misti assieme in numero di 4 - 6 per giorno. Non si deve trascurare di combattere, e nella forma acuta e nella cronica, quella qualsiasi causa, o concausa esterna od interna, locale o generale. Contro la uretrite cronica profonda oltrechè per la loro azione modificatrice delle candelette giovano in quanto possono portare *in loco* paste, o sospingervi dei bastoncini analoghi: — Solfato di zinco 0.02 Olio di cacao q. b. p. f, bacillo lungo 3 centim.; se ne fanno pure con Estratto di ratania o tannino o nitrato di argento. Raccomandabile è la pratica delle instillazioni di 10-20 goccie di soluzione aquosa di nitrato d'argento — 1.00 : 50-25.00, — una

ogni due giorni per una a quindici volte. La medicazione, col mezzo dello endoscopio, fatta col Nitrato di argento Solfato di rame in sostanza o disciolti, colla Tintura d'iodio, con quella di Percloruro di ferro, col bismuto; la cura cruenta, nelle forme croniche esterne e più ancora interne, possono avere delle indicazioni: egualmente i bagni generali semplici e solforosi, la doccia perineale. La cura topica della uretra interna può essere sorgente di reazione locale — disuria, tenesmo vescicale e rettale, ematuria, espulsione violenta infrenabile delle orine ed anco delle feci, — e di reazione generale — febbre. —

Le più opportune medicazioni, con una pazienza longanime nel sofferente, possono pur in casi ribelli concedere incontrastabili trionfi: vi hanno peraltro forme uretrali lente le quali l'opera più assidua e, secondo ogni apparenza, più illuminata, non vale a risanare perfettamente.

COMPLICAZIONI

e successioni morbose della blenorragia uretrale

Nell'uomo sono possibili come tali: la infiammazione del prepuzio e del ghiande, quella dei follicoli e tessuti attorno la mucosa della uretra, delle ghiandole del Cooper, della prostata, della urocisti, degli ureteri, dei reni, dei dutti eiaculatori e deferenti; possono infiammare il connettivo che collega gli elementi del funicolo, questi ultimi e la vaginale che gli avvolge. L'epididimo, il didimo, la vaginale propria, il peritoneo, lo scroto, possono anche venire colpiti; parimenti le vie linfatiche.

Nell'uomo, come nella donna, la congiuntiva oculare, alcune membrane sierose — sinoviali — sono pure esposte a sentire la influenza del morbo.

BALANO-POSTITE

Significa infiammazione del ghiande e del prepuzio. Vi predispongono il fimosi, le ipersecrezioni delle ghiandole del Tisone, la poca

nettezza, le dermatosi croniche locali, ecc. Le irritazioni traumatiche — onanismo, eccesso di coito, — le orine diabetiche, il sangue menstruo, i lochi, i prodotti leucorroici, le ulceri veneree, i papillomi, il contagio, possono bene determinarla. Cosa strana, sopra cento uretriti blenorragiche, si hanno a malapena 2 o 3 balano postiti concomitanti. È raro che ammali una sola delle superfici mucose. La malattia incomincia per lo più al solco retroglandare ed a questo in ultimo, si riconduce. Il ghiande ingrossa, arrossa, si fa dolente, si macera l'epitelio, inturgidisce l'orificio uretrale ecc. Analogamente si modifica la lamina mucosa del prepuzio. In seguito questo può accogliere tra le sue due lamine edema molle, edema compatto, e marcia: non sono infrequenti in esso la ulcerazione e la gangrena. Le macerazioni dello epitelio si sviluppano prima sul ghiande; gli esiti, ultimi cennati invece si hanno prima alla lamina interna del prepuzio, che perciò va ad essere, per la scarsissima sua distensibilità, sempre più offesa di quella esterna. I concrescimenti — sinechie balanoprepuziali — i crepacci all'orificio del prepuzio ed al frenulo, il fimosi — infiammato-

rio, — il parafimosi, la sclerosi del prepuzio, la linfite dorsale, l'adenite inguinale, possono complicare il morbo.

Senso di solletico, di prurito, di cuociore, di dolore, specie nella erezione, accompagnano le lesioni. La febbre suppurativa, la febbre settica, aggravano però solo in rarissimi casi — per lo più coesistendo papillomi, — la posizione del soggetto. Le sinechie, la sclerosi prepuziale, possono essere di ostacolo alla erezione ed al coito.

Si può riconoscere il morbo facilmente. In caso di prepuzio lungo e ad orificio ristretto, devesi saper decidere tra balano postite ed uretrite. La balano-postite è più frequente nei fimotici, nei sudici, negli onanisti, e nasce di rado da contagio; si svolge più lenta della uretrite, e con meno molestie. Queste sono tutte intorno al solco; durante la orinazione risiedono non alla uretra nè alla fossa navicolare, ma all' orificio del prepuzio; nella erezione mancano o sono sul ghiande o sulla linea dorsale - linfite -.

Uno specillo, insinuato tra ghiande e prepuzio, permette di valutare l'addolorabilità e le alterazioni dei due foglietti, nei varii loro punti. Il prodotto morboso è più ab-

bondante, meno uniforme di quello della uretrite, contiene più frequentemente sangue. Dilavata la camera prepuziale, la soprapposizione dell' orificio del prepuzio su quello della uretra, può permettere di esaminare se esca o meno materia da questo, sia sotto la pressione, come pure quando effluiscono poche goccie di orina.

La balano-postite trascurata, può suscitare delle alterazioni locali abbastanza gravi; le forme suppurative, e più le necrotiche, trascurate, possono divenire causa di morte.

Nei casi acutissimi sono opportune le iniezioni di nitrato d' argento — 0.20-0.40 in 100.00 aqua, — appena dilavata la superfice con aqua semplice. Anche se presenti edema acuto il prepuzio, la cauterizzazione trascorrente, pur molto dolorosa, con un cannello di nitrato d'argento, gli torna assai efficace. Le iniezioni e bagnuoli sui foglietti mucosi con resorcina — 2-5.00 : 100.00 aqua — non apportano dolori e sono giovevolissime. Le iniezioni di Tannino — 5-10.00: 100-0, — di Acido fenico — 1-2,00: 100.00—, di Acido borico — 2-4.00: 100.00 aqua, sciolto vi a caldo, — di aqua saturnina, buona anche per fomenti sovra la pelle; le cospersioni di os-

sido di zinco e talco veneto, oppure amido — 2-4.00 : 8.00 — o di allume usto ed amido — 1-2.00 : 100.00 — possono venire anche prescritti utilmente.

Se minacci una condizione flemmonosa, le mignatte al perineo, i fomenti di estratto tebaico meritano poca fiducia. La lamina interna può reclamare sollecito sbrigliamento. La incisione, la incisione ed escisione associate — operazioni del fimosi, — i lavacri e fomenti antisettici devono tenere il primo posto. L'apertura degli ascessi, la medicazione antisettica della cavità e delle lesioni al ghiande, vuole essere praticata con molta diligenza.

La balano-postite dà spesso la mano al *fimosi* ed al *parafimosi*.

Il prepuzio si addimanda fimotico -- φιμός, legame, - quando presenta un'orificio troppo stretto per dare conveniente passaggio al ghiande. Può il *fimosi* essere *congenito* od *acquisito*, od *accidentale*, capillare o leggero, così che risulti solo se dato il turgore del ghiande. L'apertura del prepuzio può combaciare con quella della uretra — *fimosi atrofico*, — il lembo prepuziale può oltrepassare il ghiande in istato floscio —

fimosi ipertrofico. — Nel fimosi accidentale può essere diventato stretto o rigido l'orificio del prepuzio — edema, ascesso, risipola, linfite, indurimento da sifilide primaria, cicatrici, eczema; — oppure è aumentato il volume del ghiande — balanite, ulceri, papule sifilitiche, papillomi, epitelioma. —

Il fimosi congenito può dare adito a modificazioni di volume e di sensibilità del ghiande: occasionare ampliamento della uretra, notturne polluzioni, manstuprazione, anafrodisia, turbe nervose, ipocondria, infezioni, sterilità. Il fimosi acquisito concorre ad aggravare le alterazioni che lo hanno determinato, avendosene con ciò qualche volta conseguenze di non poca importanza.

Quando il fimosi dipende da balano-postite, eczema, ecc., la nettezza, gli astringenti trionfano: se è congenito o sostenuto da iperplasie, neoplasie, cicatrici, non conviene pensare alla graduata dilatazione del prepuzio, quanto invece al taglio. Con questo, si effettua la rimozione del tessuto morboso, che turba la correlazione; si eseguisce altrimenti la incisione del prepuzio — f. atrofico, — oppure la incisione ed escisione, o la circoncisione — f. ipertrofico. — Per la es-

cisione spesso si può risparmiare la incisione sulla linea mediana dorsale, in quanto si facciano direttamente due tagli laterali, che consentano di rimuovere il triangolo cutaneo-mucoso.

Parafimosi è quello stato nel quale il prepuzio tirato dietro il ghiande, non può più essere riportato in avanti in modo, che copra quest'ultimo. La manstuprazione, il coito, la incauta curiosità, ne sono le più ordinarie cause.

L'anello prepuziale stringe i vasi venosi, onde si fa turgido il ghiande, edematosa la lamina interna del prepuzio, che fa uno e più gozzi alla inserzione al frenulo e dietro a questo. Questi gozzi dietro il ghiande, sono via via più grossi e più larghi. Sotto il cingolo la mucosa sì macera, si esulcera si fende. L'edema si fa sempre più duro al ghiande, e le lesioni più pronunciate. La linfite, diremo meglio, la perilinfite dorsale, può fissare la lamina interna del prepuzio alla faccia superiore dei corpi cavernosi. La flebite, la risipola, più la gangrena, rendono talvolta grave la condizione.

Di regola, per la riduzione con una pressione lenta, esercitata magari attraverso una

pezzuola inzuppata nell'aqua fenicata, si fa dileguare l'abbeveramento edematoso del prepuzio e detumefare il ghiande. Indi, prima che si ripeta l'ingorgo, si uncina col 2º e 3º dito di ambedue le mani il cingolo strozzante. Attraverso a questo, prima da un lato, quindi dall'altro, a mezzo dei diti pollici, si sospinge successivamente il corpo del ghiande, che si deve in ultimo sentire affatto libero entro il sacco del prepuzio. Questo metodo bene impiegato, di regola non fallisce. La posizione supina del malato, una fasciatura stretta, e spesso bagnata con aqua mezzo ghiacciata, la quale stringa e vada verso la radice dell'asta, il trattenere questa in posizione verticale, le mignatte al perineo, le unzioni di belladonna, forcelle o specilli usati ad allargare il prepuzio sino a che vi si faccia passare il ghiande, l'incisione del cingolo laddove schiaccia le parti, sono misure di varia efficacia che si devono sempre tenere presenti.

FOLLICOLITE

peri-follicolite, peri-uretrite

Le ghiandole al solco glandare, quelle collocate presso l'orificio uretrale e nella uretra navicolare spesso ammalano.

Quelle prime immerse, come sono in una densa trama, di congiuntivo, possono prendere aspetto di piccoli foruncoli suppurativi od anche puro - necrotici, dolentissimi, capaci a mettere in iscena, febbre, disuria, escavazioni di lentissima cicatrizzazione. I follicoli dattorno all'orificio uretrale, sono capaci di ipersecrezioni di materia prurulenta, di sollevamenti papulosi, pustolosi: la marcia di questi ultimi può contenere abbondanti *gonococchi* (Campana). I follicoli della fossa navicolare, ingorgati in corrispondenza al loro cul di sacco, si possono sentire al tocco, attraverso l'uretra, come nodi grossi quanto una capocchia di spillo, quanto un pisello. Talvolta sono questi follicoli che la infiammazione ha resi chiusi — encisticati —, che giungono, parimenti, alla suppurazione.

Per *peri-uretrite* s'intende la infiammazione del connetivo attorno alla parete dei follicoli, oppure quella del tessuto cavernoso. Può essere circoscritta o diffusa, ed attacca principalmente i punti dove più numerosi sono i follicoli, la fossa navicolare cioè ed il bulbo. Può originare da inabili cateterizzazioni, violenze, colpi, uretriti. La forma acuta consiste in una flebite o flebo-trombosi che ha per esi-

to più frequente, la suppurazione. La marcia può farsi strada attraverso l'uretra, od attraverso la fibrosa del corpo spongioso, od in ambedue le parti: di qui la possibilità di seni, di fistole, di infiltrazioni orinose. La periuretrite lenta si circoscrive, si può dire, quasi esclusivamente al corpo cavernoso. Questa *cavernosite* lenta, ha tendenza produttiva. Da ciò li lento organizzarsi di indurimenti subdoli, molto compatti, diffusi, nodosi, talora in continuazione cogli ispessimenti, che costituiscono gli stringimenti organici. Questi indurimenti insorgono più spesso che non lo si creda, nello estremo bulbo, dove si possono rilevare colla esplorazione rettale.

Dal corpo cavernoso della uretra, la flogosi si spinge talora anche ai corpi cavernosi dell' asta. Gli irrigidimenti che seguitano alla occupazione degli spazii venosi turbano la erezione; la cavernosite poi ritarda la guarigione dei processi uretrali.

Giovano nelle follicoliti: il Nitrato d' argento, il Percloruro di ferro, la Resorcina disciolti — 1.00: 25,00; — le specillazioni reiterate con specillo freddo od alquanto riscaldato, oppure armato di una capocchia di nitrato di argento, fissatovi previa fu-

sione. Ove minaccino forme puro-necrotiche, si usino i fomenti fenicati, gli sbrigliamenti, il vuotamento dei focolaj, la loro medicazione fenicata, e nelle cavita l'iodoformio semplice — deodorato con essenza di *Eucatiptus globulus* — oppure nell'etere — 4.00: 16.00. —

Nella periuretrite le mignatte al perineo, le spalmature sul sito di unguento merculiale mite o di iodoformio — 2,00: 10.00 vasellina. — Appena si sospetti il cominciare dello ascesso, si incida, si sbrigli, si disinfetti la parte, se quello si sia ormai aperto all'interno non si frammetta tempo a praticarvi la contro apertura.

Nella cavernosite cronica sono abbastanza attivi i fomenti caldi, il massaggio ed i solventi.

Coowperite.

Grosse cadauna quanto un osso di ciliegia le ghiandole -- acinose - del Coowper, sono fissate a ridosso del bulbo, nella depressione del quale, porta i suoi prodotti, il dutto escretore di cadauna, lungo da 5 a 7 centimetri. È raro che suscitino accidenti meritevoli di attenzione.

In seguito ad uretrite, a contusioni, nella regione bulbo-perineale, ad uno od ai due lati vicino al rafe, si sviluppa una tumefazione. La pelle sopra si arrossa, vi si fa aderente. Maturatosi lo ascesso adeno-periglandolare, esso può aprirsi nell'uretra, oppure attraverso il perineo. Si appalesa così la coowperite acuta, nel corso della quale possono sopravvenire disuria, dolore verso al bulbo — nel quale punto un catetere può trovare leggero ostacolo. —

Nella forma cronica escono dall' uretra delle goccie di materia opalina, filante, contenente dei grumetti biancastri. Più soventi al mattino, colle prime goccie, di orine si hanno uno o due filamenti, lunghi 2-5 centimetri larghi un millimetro, tortuosi sfrangiati ad una estremità, formati di epitelio pavimentoso e che derivano dai condotti escrettori.

Il numero e carattere dei filamenti valgono a distinguerli da quelli di altre derivazioni.

L'anamnesi, la sede dei sintomi, definibile colla ispezione, palpazione, esplorazione uretrale e più ancora rettale, permettono di riconoscere ed apprezzare debitamente, la coowperite acuta.

Questa, che può addivenire grave, stante le eventuali complicazioni — infiltrazione orinosa, seni fistolosi, fistola, assorbimenti orinosi, — esige nel medico maggiore prudenza, che non la coowperite cronica, che domanda non minore abilità, e maggiore pazienza.

Nella forma acuta sono opportune, a norma della fase, le mignatte. i cataplasmi emollienti, le unzioni mercuriali. Al primo sospetto di fusione marciosa, specie, se ne sia minacciata la uretra, si deve incidere ampiamente, attraverso il perineo. Nella forma cronica, riuscite insufficienti le misure igieniche, le applicazioni modificatrici sulla uretra bulbosa, nonchè i solventi locali, non so se giovi veramente il taglio dei dutti, allo scopo che nella cicatrizzazione vadino ostruiti, conforme ha insegnato Ricordi di Milano.

Prostatite blenorragica.

Prostatite acuta. -- La possono causare la flogosi della uretra prostatica e le violenze sopra di questa, da parte di sonde, cateteri, litontritori, calcoli, iniezioni troppo gagliarde, restringimenti uretrali.

Lo ingorgo dell'organo, la sua ipersecrezione, precorrono spesso la rapida suppurazione. Inizia questa, con più focolaj nel cul di sacco dei tubuli. Grandi quelli come semi di miglio, poi, come semi di pisello, via via possono sostituirsi alla parete del tubulo, al tessuto interno, diventare grandi come nocciuole. Parte o tutta la prostata può convertirsi in uno ascesso, fiancheggiato o traversato dalla uretra, offesa in vario grado nella sua pervietà; e custodito dalla capsula fibrosa dell'organo. Tale ascesso può vincere le resistenze che lo attorniano, e vuotarsi nella uretra, nel retto, in ambedue i canali, oppure aprirsi una via fino alla fossa ischio-rettale, o venire alla superficie in parti molto lontane dalla sua origine — perineo, scroto, guaina del pene, inguine, ecc., — originare escavazioni, tragitti fistolosi, suppurazioni esaurienti, peritonite, pioemia, infezione purulenta, gangrena.

Possono venirne senso di peso, dolore al perineo, al ghiande, ai lombi, alle coscie; bisogno di mingere spesso ed urgente, polluzioni dolorose, sanguinolenti; dolore nello stare seduto e nel camminare, ed in fine di

mizione. La disuria può diventare stranguria e ritenzione completa.

Possono aggiungersi flusso emorroidale, stipsi, tenesmo rettale, defecazione dolorosissima. — La introduzione di un catetere nella uretra prostatica, può dar segni di resistenza e di deviazione del canale. Un dito spinto pel retto sino alla prostata, suscita gagliarde sofferenze e concede di apprezzare alterazioni totali o parziali, uniformi o di grado vario, nell' addolorabilità, nel volume, nella consistenza dell' organo. In 8-12, giornate l' insorgenza di febbre a freddo, la diminuzione del dolore e della consistenza dell'organo, che passo passo rendesi molle, ed elastico, ne contrassegnano la suppurazione. È tuttavia possibile che questa si inizii e si completi, senza che alcun indizio la faccia sospettare.

La diagnosi è affidata si può dire interamente alla esplorazioue rettale ed uretrale.

La prostatite acuta è la complicazione forse la più grave della uretrite. Per lo più tende alla suppurazione. Il vuotarsi dello ascesso nella uretra, intatta la capsula, non aggrava la prognosi *quoad vitam*; peraltro

la caverna, che ne deriva, quanto è facile rilevarla, altrettanto è cómpito difficile quello di obliterarla. La prostatite acuta nei giovani, conduce talfiata l'organo alla tubercolosi; nei vecchi, con mòlta frequenza, alla ipertrofia.

Nello stadio della iperemìa, massime se sviluppatasi acutamente, niente supera il beneficio che proviene dall'applicazione di 6-12 mignatte al contorno anteriore dell'ano, preceduta da un purgativo, e seguita da un semicupio caldo o da un largo cataplasma caldo, mantenuto alcune ore, sul sito.

Contro il dolore sono utili i suppositorii narcotici -- Estratto di Atropa bell. 0.01-0.02, oppure Estratto d'iosciamo 0.10, oppure Cloroidrato di morfina 0.01-002 con 2.00 di olio di Cacao; — od altrimenti Clisteri d'infuso di camomilla — 100.00 — con o senza Laudano — goccie 4-8,— oppure di Decotto di teste di papavero. Diversamente si facciano unzioni sul perineo, con Estratto d'Atropa bell. — 4.00, - o Estratto di opio - 3.00 - o Cloroidr. di morfina — 0.10, ciascheduno in 20.00 di Vasellina. — Aggiungansi l'uso di bevande emollienti sedative. Arrestata nel suo cammino la flogosi, possono convenire le

unzioni solventi sul perineo — Iodoformio porfidato 4.00 : 30.00 Vasellina ; Joduro di potassio — 6.00 — Tintura d'iodio — 1.00 — Vasellina — 30.00 — ; od Unguento mercuriale mite ; od i suppositorii solventi — Jodoformio porfidato 0.20-0.40 : 2.00 Olio di cacao. — Se si abbia maturato l'ascesso, si deve aprirlo per tempo. Si adoperi una lama breve, o se lunga ben rivestita con cerotto o con un nastro messo all'altezza del punto, fino al quale deve essere immersa nello ascesso. La incisione cada possibilmente attraverso la parete anteriore dello intestino. Questo deve precedentemente essere lavato con aqua all'acido borico — 4.00 : 100.00, — od all'acido fenico - 0.50-1.00 : 100.00. - Il dito indice della mano sinistra deve condurre, nel punto più prominente, sempre nel più cedevole, la punta del tagliente che deve incidere la capsula, ed il tessuto fino alla raccolta marciosa dall'alto al basso per la estensione di un centimetro e più. Data una stranguria persistente, oppure la ritenzione, devesi vuotare la vescica, mediante una siringa flessibile *coudé* o *bicoudé*, o con una di argento, guidata da un dito nel retto, o con una flessibile olivare irrigidita

sino ai 4-5 centimetri della sua estremità vescicale, a mezzo dello stiletto.

Nel caso che i tentativi riescano inutili, e peggio ancora dannosi, si può vuotarla a mezzo della cistocentesi sovrapubica che si deve eseguire con tre quarti capillare, con o senza aspiratore — Dieulafoy o Potain: Questa operazione facilissima, è scevra di pericoli per quanto venga fatta con prudenza.

Prostatite cronica. — Può esordire a rilento come tale, da infiammazione ed irritazione della uretra prostatica, come pure da abuso di piaceri venerei; spesso segue alla forma acuta.

Può seguirne solo l'aumento di secrezione, o della esfogliazione epiteliale. Sotto la mucosa uretrale turgida, suppurante, si dilatano i tubuli prostatici passivamente. Talora in essi e nel *sinus pocularis* e nel congiuntivo intorno alla prostata — *peri-prostatite* — si svolgono dei piccoli ascessi. L'intero organo, ed una sua parte, rendesi alle volte atrofico, altre ipertrofico. La ipo- ed ipertrofia totale o parziale, uguale nei varii punti, oppure di grado diverso, può essere a carico per massima parte dei tubuli, oppure dello stroma; può

anche interessare i due elementi in pressochè corrispondente proporzione. La lunghezza, la direzione, la forma — sezione, — il calibro della uretra racchiusa nella prostata, ne restano differentemente modificati. Nella *iperplasia fibro-miomatosa* dell'organo, la diminuzione e perfino la scomparsa dei tubuli, fanno uno strano contrasto coll'ampiezza che essi raggiungono nella *ipertrofia adenomatosa*; come la consistenza scirrosa, del primo, caso, fa contrasto colla cedevolezza e succulenza, che si nota nel secondo. Una ipertrofia di alto grado di un lobo laterale, influisce sulla pervietà del canale, meno che una, pure modica, della porzione mediana posteriore - *lobo patologico o terzo lobo.* - Una mite ipertrofia simultanea dei tre lobi sostiene alle volte una incontinenza, che nasce dalla imperfetta funzionalità dello sfintere. Una ipertrofia di grado maggiore non estesa a tutti, o che li colga in proporzioni differenti, può dare una incontinenza, dacchè quello sfintere, anzichè impossibilitato a perfettamente contrarsi, venga forzato dall'eccesso di orina raccolta nella urocisti. Anche lo scarico dei prodotti morbosi della uretra profonda può essere turbato. Il dutto

ejaculatorio può subire compressioni, infiammazioni; in qualche caso di ipertrofia, alla sezione, non si poterono rinvenire i dutti ejaculatori. Data la incontinenza dello sfintere vescicale, quello della uretra membranosa, sino ad un certo punto, lo sostituisce.

La uretrite, la cistite cronica, la pielite, le condizioni generali sfavorevoli del soggetto, gli stringimenti uretrali, possono complicare il morbo e dettare prognosi differente.

La prostatite cronica è accusata da una aumentata eliminazione di secreto prostatico, che l'ammalato giudica sperma, e che, talvolta, contiene corpuscoli di marcia e nemaspermi, o cristalli spermatici. Si aggiungono senso di peso, di solletico, di dolore, di occupazione verso l'ano; imperiose, scarse, incomplete eliminazioni di orina, prevalentemente nella notte, ed ejaculazioni dolorose e sanguinolenti. Colle prime orine, magari senza abbiasi scolo, più ancora, se si faccia precedere qualche pressione sulla prostata, possono uscire zaffi di prodotto prostatico, il quale fuoriesce alle volte per la pressione, che vi fanno le feci, quando transitano pel retto. Aggiungesi spesso una

condizione emorroidaria. La disuria, la stranguria, la mizione incompleta, lo stillicidio involontario a vescica sovraempita — incontinenza da eccesso di ritenzione, cioè *rigurgito*, — algie diverse e variabili, talora la ipocondria, accompagnano il morbo. La età, spesso avanzata del soggetto, le precedenze e sintomi, il riscontro retto-uretrale, possono rivelare con iscrupolosa esattezza il morbo.

In quanto alla terapia, bisogna rammentare che il decubito prolungato, lo starsene troppo seduti, i cibi troppo abbondanti e succulenti, le bevande alcooliche ed eccitanti, il raffreddamento, più che tutto dei piedi, la resistenza contro lo stimolo ad orinare, congestionano l'organo.

Sono utili la idroterapia — clisteri, bagni generali, doccia perineale; — i solventi — iodoforme, mercurio, — per frizioni e suppositorii; i revulsivi - nitrato d'argento, tintura di cantaridi, da impiegare sulla cute del perineo. - I suppositori intrauretrali di tannino e glicerina, le istillazioni di nitrato d'argento, quelle di tintura di iodio allungata, possono corrispondere egregiamente. Vi ha chi loda, contro la ipertrofia, l'impiego della elet-

tricità. — Per uso interno si raccomandano i balsamici, i risolventi e più gli antispasmodici, gli alcalini e talora i ricostituenti. Ma tutti questi rimedi uniti assieme, in via ordinaria, non bastano a rendere migliore o possibile la orinazione, e come talvolta la stranguria è il sintomo che prevale, non si può dilazionare la pratica della siringazione. — La siringa Lamotte *coudè* o *bicoudè,* la siringa inglese lasciata libera nell'ultimo tratto dallo stiletto, la siringa d'argento, piegata conforme la rilevata esigenza del singolo caso, guidata, ove faccia bisogno, da un dito nel retto, che la sorregga, e diriga, possono farci toccare la non sempre facile meta. Il *tute* deve imporci durante l'operazione più del *jucunde.* La paziente calma, l'attenzione verso la direzione, sede e qualità degli ostacoli, verso il dolore e la emorragia, possono tenerci o ricondurci sulla buona via. Da questa non sarebbe facile staccarsi, quando il becco dello strumento strisciasse sempre, contro la parete superiore del canale, che è quella che meno risente le variazioni volumetriche della prostata. Ogni istrumento, che dimori a lungo in vescica, può essere una offesa per la prostata e per la vescica stessa.

Una siringa flessibile vi è sopportata meglio di una metallica; una di caotchouc molle, meglio ancora di una elastica; ma al contrario, quanto più lo strumento è rigido, tanto maggiormente potrà ripristinare la direzione del canale.

Cistite blenorragica.

Quando già esista la uretrite profonda, il coito, la masturbazione, il cateterismo, l'eccesso di alcoolici e di diuretici, le medicazioni locali troppo irritanti, riescono a far diffondere la flogosi alla mucosa vescicale. La uretrite profonda accompagna necessariamente la cosidetta cistite blenorragica; come poi la esistenza di quella e dal paziente e dal curante stesso, può essere ignorata, così l'insorgere di questa può venire giudicato indipendente, primitivo.

La cistite acuta si limita di solito al collo dell'organo, la cronica si diffonde piú spesso al fondo ed al corpo; così pure dallo strato mucoso al muscolo-membranoso — *cistite parenchimatosa* — e talora perfino al sieroso — *epi*, o *peri-cistite.* —

La cistite acuta si manifesta non prima della terza settimana dalla uretrite. Ne è primo sintomo il bisogno frequente e pressante di orinare. Vengono spinte con forza, a riprese, le ultime goccie di orina — tenesmo, — colle quali, mescolate o separate, possono, sotto le contrazioni riflesse anzidette, venire propulsi muco, muco-pus e sangue.

Il tenesmo può diventare penosissimo; può guadagnare lo sfintere anale. La urgenza ed imperiosità di mingere, portano talune volte perfino alla incontinenza. Se si attende alla mizione, incontra di vedere subitamente, anzi tutto, uno zaffo di prodotto morboso dell'uretra: preceduta o no da questo, segue orina normale, indi muco-pus con o senza sangue, infine sangue. Destandosi la cistite, lo scolo uretrale ordinariamente decresce, più di rado desiste. Algie riflesse — del pene, ghiande, testicoli, ano, perineo, natiche, pube, — insonnia, agitazione, talvolta febbre, costipazione, inappetenza, complicano il quadro morboso. Ordinariamente, dopo 4-5 giorni cessa l'acuzie e rapidissimo sottentra un generale benes-

sere. Non appieno estinto il focolajo uretrale, piccole cause eccitano ricadute.

La prostatite, la pielite possono complicare il morbo, che, non infrequentemente, stante le ripetizioni e le esacerbazioni, passa alla forma cronica.

La CISTITE CRONICA segue più spesso alla esistenza di calcoli o di tumori intravescicali, alla ipertrofia prostatica, agli stringimenti uretrali, alla cisto-plegia, alle malattie renali, al cateterismo, ecc. In questa forma abbonda maggiormente il muco ed il pus. Quello agisce da fermento, onde lo sdoppiamento della urea, in carbonato di ammoniaca. Questo irrita le pareti dell'organo, ne rende alcalino il contenuto, gelatinoso il muco-pus. Nel sedimento, il microscopio permette di vedere: epitelii vescicali, corpuscoli mucopurulenti, emazie, cristalli fosfato ammonico-magnesiaci e di urato di ammoniaca, vibrioni, batteri.

La cronicità ed il grado vario della flogosi possono originare ispessimenti della tonaca mucosa; parimenti gli sforzi ai quali può essere trascinata la vescica, per la sua deplezione, possono motivare quelli della tonaca muscolare. Di qui la *vescica a co-*

lonne, la *luette vesicale*, i diverticoli, le pressioni sugli sbocchi ureterici, il rammollimento e la esfogliazione larga dell'epitelio, la infiltrazione infiammatoria, seguita, o no, dalla ulcerazione; la cistorragia, la gangrena della mucosa; esiti gravi o letali, tanto più, allora che vi sieno altre complicanze.

Nella pratica interessa anzitutto discernere, la cistite acuta dalla prostatite e dalla uretrite pure acuta; inoltre saper sorprendere nella cistite acuta, e molto più in quella cronica, le lesioni renali che minacciassero aggiungervisi, o vi si fossero ormai aggiunte:

4. Positivo l'esame ure-pio; — negativo il rettale.	... zioni rettale ed uretrale.	... le, non meno di quello ure-
5. Facili complicazioni da parte della vescica, prostata, vie seminali ed articolazioni.	5. Possibili le complicazioni renali.	5. Possibili le complicazioni uretro-vescicali, e rettali.
6. Facile a diventare cronica. Non è affezione grave.	6. Raramente passa a cronicità. È più grave della uretrite.	6. La infiammazione blenorragica acuta della prostata non è raro metta alla suppurazione. E morbo più grave degli altri due.

URETRITE PROFONDA	CISTITE CERVICALE	PROSTATITE
1. Per lo più segue alla uretrite esterna e precede la cistite.	1. Rarissimamente precede la uretrite, mai nella varietà blenorragica. É più frequente della Prostatite.	1. Può seguire alla uretrite profonda. L'acuta è molto più rara delle due altre forme.
2. Manca spesso l'imperiosità al mingere, il tenesmo manca più di rado. Le ejaculazioni sono dolorose, talora sanguinolenti. I sintomi generali per lo più mancano.	2. Esistono regolarmente urgenza all'orinazione e tenesmo. Il seme può fluire senza dolore, e senza sangue. I sintomi generali per lo più sono assenti. Non riten zione di orina. Andamento sollecito e favorevole.	2. Il tenesmo, la frequenza e più la imperiosità del mingere, spesso mancano. Febbre e sintomi generali pronunciati. Disuria, stranguria, ritenzione protratta, frequentissimi. Dolorosa la ejaculazione, in taluno frequente.
3. Il prodotto morboso, regolarmente biancastro, esce col primo getto di orina, oppure sotto forma di ejaculazione spontanea.	3. Il prodotto morboso esce dalla uretra, colle ultime parti di orina; la pressione sulla prostata non lo modifica.	3. Il prodotto morboso contiene elementi speciali — corpuscoli amiloidi, concrezioni, — esce col primo getto, la pressione esercitata dal dito sulla prostata, può essere che ne aggiunga all'orina, pur dopo che la uretra, da parziale orinazione è stata dilavata.
4. Positivo l'esame ure-	4. Negative le esplora-	4. Positivo l'esame retta-

Nella ipertrofia prostatica gli ammalati orinano più frequentemente, se decombono orizzontali; nella cistite, senza ipertrofia prostatica, più spesso quando stanno in piedi.

La infiammazione dalla vescica può spingersi agli ureteri, alla pelvi renale —, ai tubuli, al parenchima, alla corteccia e capsula renale. — Di quì dolori alla regione renale, irradiantisi lungo gli ureteri, ed aggravantisi alla pressione; di qui le alterazioni qualitative e quantitative nelle orine, e la febbre.

Nella pielite di 1° grado — catarro vero della pelvi renale. — Orina, per colorito, quantità, peso specifico, normale; alquanto di intorbidamento; reazione acida [1]); traccie di albumina. Il deposito mucoso non viscido, contiene, corpuscoli di pus, epitelii della pelvi, e dei maggiori tubuli belliniani. — Se il catarro propagasi ai tubuli belliniani minori — *Nefrite desquammativa,* — cresce la quantità della albumina, e la copia dello epitelio dei tubuli, il quale spesso aggregasi

[1]) Alludesi a quella orina che, lavata per bene la vescica, si potrebbe raccogliere col catetere, giusto quando dagli ureteri passa nella urocisti.

in otricoli, che comprendono corpuscoli di pus e di sangue [1]).

Nella pielite di 2 grado, si hanno orine pallide, torbide, di peso specifico inferiore al normale, con sedimento non viscido, costituito prevalentemente da marcia. Al microscopio vedonsi molti corpuscoli marciosi, quà e là cementati di muco, che rappresentano stampi di tubuli renali; vi hanno inoltre epitelii della pelvi e dei tubuli.

La Pielite di 3 grado consiste nel catarro, purulento dei calici renali, complicato a nefrite interstiziale. L'orina gialla-verdastra, torbida, fortemente acida, contiene molta marcia, cilindri diversi e poca urea.

Se si sviluppa la nefrite suppurativa, si ha nel sedimento presenza di tessuto renale distrutto, cioè frammenti di glomeruli malpighiani, e di tubuli belliniani.

[1]) Il sangue, di origine renale, può essere nell'orina completamente disciolto, perciò irrilevabile ad occhio nudo. Alcuni c. c. di orina vengono addizionati in una provetta con metà del loro volume di potassa caustica nell'acqua — 1:3 — e si riscalda. Precipitano i fosfati. Questi appaiono grigio-bianchi se manca nella orina materia colorante del sangue; invece appariscono rosso-bruni, se quella vi sia, in quanto essi la trascinano seco (metodo di Heller). Più rigorosamente, si potrebbe ricercare il sangue nelle orine, collo spettroscopio.

La cistite acuta, per sè, non è malattia di importanza.

Le complicazioni si associano infatti, quasi esclusivamente alla forma cronica, per determinare la quale, la infezione blenorragica ha bisogno di ausiliari. Tali sarebbero: la ipertrofia prostatica, gli stringimenti uretrali, gli stravizii, gli eccessi di lavoro.

La cistite cronica merita spesso una prognosi riserbata; nei vecchi è frequenmente fatale.

Al comparire della cistite, sospendasi l'uso delle iniezioni e dei balsamici: sia tenuta la posizione il più possibile supina. Quali alimenti, si usino: latte, brodo e bevande diluenti.

È bene resistere al bisogno di eliminare l'orina, massime l'ultima sua parte. Contro la frequenza del mingere ed il doloroso tenesmo: 1° ghiaccio nel retto; 2° Estratto di iosciamo, Estratto di canape indiano ana 0.50 Zucchero di canna 3.00 M. Div. in. p. 20, una ogni tre ore; oppure suppositori sedanti - V. Prostatite. — Contro le turbe nervose concomitanti, è raro il bisogno di farmachi; caso mai, si può usare il Bromuro di potassio o di canfora. Taluno consiglia le unzioni di

estratto di Atropa bell. al perineo. Contro la ritenzione, i semicupi caldi, i sedativi, altrimenti una delicata siringazione, levando subito appresso la siringa. Contro la emorragia rilevante del collo: Percloruro di ferro od Ergotina 0.30-0.60, Aqua di Melissa od infuso di foglie di iosciamo 100,00, Siroppo di codeina o di altea 30.00. Da consumare a riprese in 24 ore.

Contro il morbo, i balsamici: la pozione di Chopart 3-4 cucchiajate al giorno, l'aqua di catrame, l'infuso di gemme di pino, l'oleo resina di trementina, ecc. oppure gli astringenti: 1º Acido gallico 1-4.00, Acido benzoico e Polvere del Dower ana 1.00, Div. in p. 5. una ogni tre ore; 2º Foglia di uva orsina 15-30 00 inf. alla colat. 200.00, Siroppo altea 50.00. Ogni 3 ore, mezza chicchera.

Nella cistite acuta del collo giovano altresì le istillazioni locali di nitrato d'argento — 1-4.00 : 100.00 aqua. — È raro che in pochi giorni, i primi accennati rimedi non bastino da soli. Nella cistite cronica, la cura deve essere il più strettamente possibile diretta contro la causa. Il cateterismo può essere indicato dalla ritenzione e dalla convenienza di agevolare la uscita al muco-pus.

La escavazione che fa la vescica dietro la prostata ipertrofizzata, i diverticoli vescicali, possono non permettere il completo vuotamento dell'organo, neppure a mezzo della siringa.

Nella cistite cronica il più delle volte, i revulsivi, gli astringenti giovano punto o poco. Gli alcalini possono neutralizzare l'eccesso di acidità delle orine, ed agire così sullo sviluppo del muco - fermento, - da minorare la decomposizione ammoniacale. Lo eccesso della acidità delle orine è l'espressione di un errore di tutto l'organismo, ed il trattamento da opporre, deve prendere di mira, più le funzioni assimilatrici, che l'organo eliminatore. Dello eccesso di alcalinità invece ne è colpa questo ultimo, e quando gli alcalini, il cateterismo, non offrono risorse sufficienti, devesi ricorrere alla irrigazione intravescicale.

Questa in genere può esser fatta per detergere, per modificare la mucosa, e per eccitare la tonaca muscolare. — Per intraprenderla occorrono: 1º Una siringa, grossa, elastica, cilindrica, a corrente unica, con due fenestre molto ampie; 2º Una siringa ad anelli —

od anche uno schizzetto di caoutchouc piriforme, od un irrigatore. — Una siringa uretrale metallica può, in alcuni casi, essere di più facile ed innocua introduzione; inoltre con una uguale grossezza, possiede per lo più lume e finestre più grandi. L'ammalato è tenuto orizzontale; in piedi, solo data una estrema difficoltà ad uscire dei prodotti vescicali. La siringa, prima di tutto, deve essere lavata entro e fuori con aqua fenicata, indi inunta esternamente con olio fenicato. Introdotta che sia in vescica, esce per lo più della orina. Questa, ad un certo punto, può essere arrestata all'apertura esterna, per cui l'istrumento anzichè di aria sia pieno di liquido. Allora, se lo schizzetto è del pari pieno nella vescica, potrà non entrar aria affatto, il che è prudente. Il liquido da introdursi, è bene, sia tepido a 30° - 38° centigradi, cioè la sua temperatura riesca gradevole all'organo col quale passa a contatto. A scopo tonico può essere tratta in uso l'aqua fredda, però conviene arrivare a tale temperatura con una cauta graduazione.

Per dilavare la superficie dell'organo, ed esportare la materia che lo inquina, si deve sospingere il liquido a piccoli colpi,

facendonelo uscire pronto, quando cioè, presumibilmente, è ancora in movimento. Se, invece, il liquido debba modificare la superficie, è bene sia spinto lentamente. È prudente, introdurne piuttosto meno, anzichè più del bisogno. Possono esserne sufficienti 30-60 c. c.; in ogni caso evitisi la distensione dolorosa della vescica, il soggiorno protratto del liquido entro di essa, come pure, le iniezioni troppo frequenti.

Una iniezione che avesse disteso molto l'organo e che lo lasciasse poi troppo rapidamente ritornare su se stesso, potrebbe accrescere lo stato infiammatorio, ridestarlo, se svanito. Il dolore, la pielite di 2º 3º stadio, la nefrite acuta vietano il lavacro. La vescica femminile, sembra lo tolleri meglio; ma ne ha molto più raramente bisogno, della maschile. Le irrigazioni stimolanti fredde possono essere intraprese, solo nell'assenza di ogni sintomo flogistico della urocisti. Se una irrigazione medicamentosa avesse impressionato di soverchio la mucosa, si può prontamente ripassarvi sopra della aqua semplice — che è prudente abbia subita la ebollizione. —

I liquidi medicamentosi più utili alla mucosa vescicale sono: 1° Il Nitrato di argento — 0.10 - 1.00 — 2° L'Acido borico — 2-4.00 — 3° Il Borato di soda 2-10.00 [1]), 4. Il Tannino 1-2.00 per 100.00 di aqua. L'acido fenico, il salicilato di soda vengono pure adoperati. Il borato di soda è, sotto ogni aspetto eccellente. Il nitrato d'argento sembra che ad alte dosi ed a piccole iniezioni, corrisponda meglio che non usato diversamente. « Le istillazioni poi di nitrato d'argento — 1-4.00 : 100,00, convengono in una maniera generale, nelle cistiti dolorose ed in particolare in quelle, che si accompagnano a bisogno molto frequente di orinare e di evacuare totalmente, o quasi, il contenuto vescicale... da molti anni abbiamo dimostrato la loro meravigliosa efficacia nelle cistiti blenorragiche le più acute. Guyon 1885». Conviene il più delle volte, che il liquido, oltre la vescica, bagni pur anche l'uretra profonda.

1) Formula di Thompson: Biborato di soda 30.00 Glicerina inglese, Aqua stillata ana 60.00. Due tre cucchiajate, con cucchiajo da tavola, in 120.00 di Aqua.

INFIAMMAZIONE DELLE VIE SEMINALI DA BLENORRAGIA

Polluzioni notturne e Spermatorrea.

Pari ad un flogosi catarrale che, dalla laringe può diffondersi via via sino agli alveoli polmonali, alla pleura, così quella della uretra può guadagnare, successivamente, le varie sezioni delle vie seminali, nonchè i loro rivestimenti.

Ejaculatorite Il catarro purulento del dutto ejaculatorio può restringere, rilasciare, obliterare il lume del canale. Per effetto dei suoi prodotti e del suo turgore, talora esso fu trovato stabilmente chiuso. In talune ipertrofie della prostata, non fu possibile rinvenire traccia del canale — Rindfleisch. — Ne possono derivare: dilatazione delle vescichette, sperma sanguinolento, coliche seminali, spermatorrea, azoospermia. La irrigazione uretrale, l'esame collo uretroscopio, mercè questo, la specillazione dei dutti, possono, e per la diagnosi e per la cura, venire utilizzati egregiamente. Talora la esplorazione attraverso l'intestino non è affatto inutile.

Spermocistite.— Se acuta sono possibili: la distensione dell'organo occupato da muco-pus, trasformato, alle volte, in un ricettacolo di marcia, che può vuotarsi nella uretra o nel retto; il priapismo; le polluzioni, spesso involontarie, di seme misto a sangue ed a pus; talora la febbre, nonchè il corteggio sintomatico della prostatite.

Nella spermocistite cronica può aversi lo indurimento, la ectasia delle vescichette, la infiltrazione calcare delle pareti, e, massime negli scrofolosi, la caseificazione o tubercolizzazione, che dir si voglia, dello essudato in esse racchiuso.

Col riscontro rettale, nel primo caso, si avverte sopra la prostata, da uno od ai due lati, una tumefazione ovale, pastosa, dolente, calda, alla quale si deve contraporre una cura analoga a quella della prostatite: nel secondo caso, si incontra una tumidezza più irregolare, indolente, alla quale si attagliano cure, in base alla loro causa propria, le più svariate.

Deferenzite. — Il dutto deferente si fa più grosso, i suoi vasi più distesi, il suo lume va occupato da una materia giallastra. La porzione pelvica del canale, suscita, molte

volte, dolori al perineo, alla fossa iliaca; taluna volta trascina in limitata compartecipazione, il peritoneo.Si presume che ivi la flogosi coincida con una certa diminuzione dello scolo. La porzione inguinale infiammata può dare occasione ad una essudazione sierosa e purulenta del connettivo posto tra gli elementi del funicolo, nonchè della membrana che lo avviluppa — *funicolite inguinale sierosa, plastica, purulenta.* — L'ascesso della cellulite funicolare, può vuotarsi allo esterno, lunghesso il canale, oppure attraverso la sua parete anteriore. -- Lo ingrossamento del dutto, nonchè quello del funicolo, possono passare allo stato cronico. I dolori locali, nel movimento dell'arto rispettivo, talora sotto la sola distensione di questo, i sintomi di schiacciamento e di strozzamento contro gli anelli inguinali — stipsi, nausea, vomito —, la febbre a freddo, delineano la fisonomia del morbo.

Lo esame manuale permette di rilevare lo stato di un segmento della porzione iliaca del dutto, e delle intere sezioni inguinale e scrotale. – Il riposo, i solventi, i derivativi intestinali, giovano nella deferenzite più che

ogni altra cosa. Quando minacci la suppurazione, si deve incidere.

Epididimite — Lo Epididimo è di solito la ultima tappa della irradiazione blenorragica. Nel canale, nei canalicoli, più ancora nel connettivo che li stringe assieme, si versa lo essudato, che può occludere quei primi, e dare adito a raggrinzamenti, atti a determinare delle impervietà. Altrettanto e per più lungo tempo sono queste occasionate da alcune infiltrazioni marciose, da alcuni ascessi che, eccezionalmente, si sviluppano alla coda dello epididimo. Negli scrofolosi, non sono infrequenti le aderenze dello epididimo alla parete scrotale, le perforazioni di questa, la fuoruscita di prodotti di sostituzione caseosa. Lo essudato che ne sussegue di spesso nella trama congiuntivale, viene assorbito, quando il canale dello epididimo è ancora ingrossato, per cui questo apparisce quà e là nodoso. Tali nodosità si possono incontrare dopo mesi ed anni dal morbo, e ne costituiscono l' esito più frequente, cioè lo indurimento. — L'epididimite insorge rapidissima.

La parte aumenta di volume, di peso; deborda dal contorno del didimo, si sposta in direzione varia, e si fa dolente. Mediante

il tessuto areolare, la flogosi si spinge più facile sulla vaginale propria, che non faccia, per i tubuli seminiferi, sulla sostanza del didimo.

VAGINALITE O PERIORCHITE. – Se è acuta, di rado e solo in parte è adesiva; per lo più essa dà un versamento sieroso — idrocele da ὕδωρ = aqua e κήλη = ernia, — e di rado siero-fibrinoso. Nella periorchite cronica, la sierosa può essere torbida, vellutata, cospersa di macchie, di ispessimenti a placche, ed a cordoni, e di depositi calcarei. L'anamnesi, la rotondità, la levigatezza, la leggerezza, e la elasticità e trasparenza, sono le caratteristiche degli idroceli acuti, e della massima parte di quelli cronici.

DIDIMITE. — La resistenza della fibrosa attorno all'organo — albuginea, — che non ha la sua corrispondente sull'epididimo, impedisce il forte aumento in volume del parenchima, da essa racchiuso, e che compresso è sorgente di vivo dolore. Fra il dolore dell' insorgenza della epididimite e quello della didimite, passano alcuni giorni, di solito turbati da poche sofferenze. I dolori della didimite, superano di molto quelli della epididimite, possono essere angosciosi, in-

tollerabili. Si può avere semplice iperemia, e questo è il fatto più frequente; altra volta si procede sino alla essudazione, e formazione di piccoli ascessi, la marcia dei quali viene poi riassorbita. Qualche volta si ordisce una estesa fusione purulenta del parenchima, adesione dell'albuginea allo scroto, perforazione d'ambedue, versamento, attraverso la finestra, del contenuto fluidificato, con fuoruscita della sostanza midollare del didimo — *fungo benigno del testicolo.* — Esiti possibili sono ancora: la tubercolizzazione o caseificazione dello essudato, l'atrofia e quasi scomparsa dell'organo, la sua gangrena. Filamenti del plesso lombosacrale, irradiantisi verso il testicolo, possono sostenere, anche dopo l'apparente guarigione di questo, intense nevralgie — *testicolo irritabile, orchialgia.* — Alle volte alla necropsia, incontrasi ridotto l'organo a tumore poltaceo ateromatoso. Alcuni vasi aberranti — possono al paro edin grado superiore al didimo, infiammare — *aberrantite,* — aderire allo scroto, suppurare attraverso le pareti di questo. La orchite può altresí essere causa di sperma sanguinolento.

Nella stessa guisa come dalla vescica orinaria, e dagli ureteri, e dai vasi della prostata, così dalle vescichette seminali, dai dutti deferenti, e dal testicolo — nel criptorchismo — può estendersi la infiammazione al peritoneo — *peritonite* cosidetta *blenorragica.* —

I traumatismi, la tubercolosi, la sifilide dànno un contingente molto scarso alla infiammazione della glandola del seme, a confronto della blenorragia. Non è certo poi diffacile distinguere il morbo da una ernia, da un bubone, da un ascesso, quando pure il testicolo sia tuttora impegnato nel canale inguinale. Non è altresì difficile stabilire, se sia l'epididimo solo infiammato, oppure anche il didimo. Se lo è il solo epididimo, esso deborda oltre il contorno del didimo, che vi figura relativamente più piccolo, di consistenza ed addolorabilità normali. Quando la epididimite permette il riassorbimento dello essudato, si pronunciano dei nodi, che servono a rilevar la fase del morbo. Un versamento della vaginale, occasionato dalla uretrite, è sempre preceduto dalla infiammazione dello epididimo, che la sintomatologia soggettiva anamnestica, permette, in generale, di valutare così, in quanto alla epoca della sua

insorgenza, come anche rapporto al suo grado ed alla sua intensità.

La prima orchite è la più grave però la prognosi in genere è sempre favorevole. La tubercolosi di altri organi, la scrofolosi del soggetto, possono però oscurarla. — La distruzione e l'atrofia del didimo influisce sulla fabbricazione dei nemaspermi. La infiammazione di un testicolo, scema l'attività specifica anche dell'altro. Gli ispessimenti, le ostruzioni del canale dello epididimo, massime alla coda, influiscono sulla possibilità di passaggio degli spermatozoi, diretti verso l'uretra. Epididimiti bilaterali, sorte quasi contemporaneamente, possono sostenere l'azoospermia, cioè la sterilità; di regola però, lo fanno solo transitoriamente. Le emissioni di seme volontarie o meno, quanto più vicine tra loro, tanto minor contingente daranno di nemaspermi. Pure, nella mancanza di questi e dei cristalli che ne derivano, l'umore emesso, e per quantità e per caratteri macroscopici, può simulare perfettamente lo sperma.

Al primo indizio di epididimite, si tronca la cura locale della uretrite. Prescrivesi: riposo, possibilmente in letto, collo scroto so-

stenuto sopra le coscie, o da queste stesse, o mediante una ferula, una fionda, una lista di cerotto, od un cuscinetto; dieta scarsa; tenere sbarazzato lo intestino; avvolto in bambagia e strato impermeabile lo scroto. Si possono usare unzioni di Iodoformio o di Percloruro di ferro - 4.00: 30.00, Vasellina; - oppure fomenti di aqua saturnina, o cataplasmi di linseme, caldi laudanizzati. Se il turgore ed il dolore crescono, già nelle prime 24 ore devesi applicare 6-12 mignatte sul corso del funicolo all'inguine. I sedativi per clistere, per iniezione ipodermica od unzioni, possono essere utilissimi.

Quando l'organo sia diventato poco o punto dolente alla pressione, e sotto gli sforzi del muoversi o della tosse, e tuttora rimanga indurimento, possono giovare le unzioni con unguento di iodoforme, oppure di Joduro potassico, Tintura di iodio e Vasellina — 6.00: 1.00: 30,00, — o con unguento mercuriale mite, che devesi sorvegliare, affinchè la pelle non si faccia eczematosa. Una fasciatura con liste di tela, spalmata di empiastro mercuriale, dello intero scroto, o di una sua loggia, liste disposte in direzione crociata le une rispetto alle altre, e di tal guisa che il

testicolo non vi si strozzi, nè vi possa sfuggire, nè vi sia troppo ristretto, può dare buoni risultati.

Una compressione modica con tale bendaggio, o con un sospensorio di maglia, munito di nastri simmetrici a varie altezze, che permettano una costrizione sempre uniforme nelle varie sezioni, agevola l'assorbimento. Comunque, si deve usare per lungo tempo il sospensorio, tappezzato di una stoffa impermeabile, che sorregga uno strato soffice di bambagia, da mutarsi ogni giorno.

Nella didimite può giovare la mignattazione. Nello stadio dello ingorgo noi abbiamo giugulato quasi istantaneamente ripetute volte, il dolore, e la infiammazione con un salasso generale. Durante i contorcimenti per il dolore di una didimite, sorta da uno due giorni, in due nostri ammalati, fu larga di pronto sollievo una incisione lunga un centimetro, non già della vaginale propria, ma della albuginea — sbrigliamento. — Il ghiaccio, in quanto scema la espansione del parenchima, e ne modifica il circolo, corrisponde pure beneficamente. Una vescica di ghiaccio, molto soppesto sopra lo scroto ed una sotto, possono sedare in pochi minuti il dolore. La

soverchia coartazione scrotale, per alcuni l'abuso dei ripercussivi, potrebbero agevolare la necrosi del testicolo, in ogni caso, opportuna sorveglianza ed interruzioni varranno a prevenire il guaio.

Passata l'acuzie, anche qui, la protezione, i solventi, ecc.

Spesso dopo l'orchite, sono indicati i ferruginosi, i ricostituenti.

Talune complicazioni esigono medele differenti. Ascessi lenti del didimo, o dei corpi del Morgagni, o dell'epididimo, fungosità e fistole addimandano pennellature ed iniezioni di tintura iodica, cauterizzazioni, spaccature, raschiamenti, talfiata la castrazione.

La condizione morbosa detta «*testicolo irritabile*» potrà cedere ai sedativi locali, od ai generali. La orchialgia, se non rimette e svanisce con quelli e questi, potrà essere attaccata mediante la distensione del nervo pudendo interno o la nevrectomia: vi hanno casi, che rendono necessaria la orchiotomia.

L'*idrocele* da blenorragia, sia esso del *funicolo* — *diffuso* od *encistico*,— oppure del *testicolo* — *diffuso* od *encistico*, — quando il riposo, il tempo, le pennellature di tintura di iodio, i fomenti di cloruro di ammonio, non

l'abbiano vinto, conviene evacuare la raccolta col trequarti. Se la raccolta è attorno al funicolo, si potrà, occorrendo, fare seguire sulla parte, la compressione ; se sia del testicolo, e vecchia, o riprodotta, e ben inteso non riversabile nel cavo peritoneale — *idrocele congenito*, - sono utili le iniezioni irritanti — alcool, soluzione iodo-iodurata del Lugol, o meglio tintura di iodio. — Quando questa *cura*, pure detta *radicale*, abbia fallito, è sotto ogni aspetto giustificato, intraprendere la operazione detta del Volkmann, recentemente modificata da Juillard.

Polluzioni e Spermatorrea.—Intendesi per polluzione, la emissione seminale involontaria, per lo più notturna, accompagnata a sensazioni salaci, e ad erezione dell'asta. Spermatorrea è la fuoriuscita del seme, nè volontaria nè voluttuosa, ad asta floscia. Questa si effettua sovente, negli sforzi del defecare e del mingere. Le due condizioni possono dipendere da malattie delle vescichette seminali oppure della prostata, della uretra interna, del sistema nervoso centrale, e generale — nevrosismo. — La smodata astinenza, le esageratamente ripetute sovraeccitazioni erotiche, lo abuso sessuale, la ma-

nustuprazione, ne sono le cause o le concause le più efficaci. Le abitudini smodatamente libidinose, aumentano, sino ad un certo punto, negli organi genitali, la circolazione, le secrezioni, la sensibilità, a tale che stimoli blandi ognora più lievi — ripienezza della vescica, letto morbido e caldo, balano-postite, ecc., — bastano per provocare la polluzione. L'orgasmo, e lo affievolimento generale progredienti, lo aggravarsi delle condizioni somatiche locali, rendono le ejaculazioni notturne sempre più facíli e sempre più moleste. La innervazione generale si deprime ; vi si uniscono lo abbattimento, la preoccupazíone dell' animo, che uniti, attenuano la potenza e la resistenza virile. Di qui il bisogno dí stimoli progressivamente più forti, ed unitavi o no, la emissione precipitosa del seme, al primo avvicinamento e più tardi, prima ancora si completi la erezione. Nasce da questo stato di cose, quella *impotenza* la più sovente *immaginaria*, che semprepiù scalza le attitudini sessuali, turba funzioni dí prima importanza, non escluse quelle psichiche, e che spesso conduce a sintomi allarmanti. Per questa china si può arrivare alla *sperma-*

torrea, che aumenta lo indebolimento, la ipocondriasi, che rende ancora più difficili il coito e la fecondazione.

Le polluzioni rappresentano lo effetto di contrazioni spastiche, per lo più riflesse, delle vescichette seminali; la spermatorrea invece si può ritenere conseguenza immediata di uno stato di paralisi o di rilasciamento della muscolatura dei canali ejaculatori; la prima cioè equivale ad una espulsione seminale attiva, la seconda ad un deflusso passivo. Recentemente si sono rinvenuti nel liquido della spermatorrea, dei *cilindretti* jalini, detti *testicolari* — Bence, Jones, Nepvcen — dotati di uno spessore doppio di quelli renali.

Molti ammalati interpretano quale spermatorrea, la comune prostatorrea, e perfino la semplice umidità uretrale.

I precedenti, le concomitanti lesioni organiche, lo aspetto, l'odore del prodotto, la presenza in esso dei nemaspermi od almeno dei cristalli spermatici, possono dire la verità.

In cotali malattie, la avvedutezza del medico, la confidenza e la fiducia che esso inspira, hanno molta parte nella cura. Questa deve comprendere argomenti igienici, diete-

tici e farmaceutici. Sono utili: lo esercizio muscolare, l'aria libera, gli alimenti nutritivi. Possono nuocere gli alcoolici, i nervini, gli eccitanti in genere, nonchè le compagnie, le letture, le abitudini che risvegliano ed aguzzano la lascivia, il dormire a lungo e massime supini e sopra letti morbidi, con che si apre la via ai sogni frequenti e voluttuosi. Si bevano pochi liquidi sulla sera, si eviti la stitichezza, ecc. Si combattano le affezioni nervose, quelle delle vie uro-seminali — fimosi, stringimenti, litiasi, ecc. — gli ossiuri intestinali, se figurano quali cause.

Come cura sintomatica, i bagni freddi generali, la doccia perineale e vertebrale, i semicupi, i clisteri freddi, i bagni di mare trovano spesso adatta applicazione. Contro le polluzioni si può somministrare: 1º Luppolina — 0.50 —; da prendere poco prima del sonno ed eventualmente ripetere nella notte; 2º Carbonato di ferro saccarato — 2.00 — Canfora rasa — 0.50 —, Polv. di segala cornuta e Zucchero di canna-ana 5.00 - M. Div. in p. quindici, 3-4 al giorno. Contro la ejaculazione precipitosa, giovano i ricostituenti, la idroterapia, l'obbedire al vero bisogno fisico anzichè alle artificiali imma-

ginose accensioni. Nella Spermatorrea trovano frequentemente posto: 1º Acido fosforico diluito, Bisolfato di chinina ana 2.00, Canfora rasa 0.50, Estratto cascarilla q. b. p. f. pillole del peso 0.15: da prenderne 3-4 volte ai giorno, 1-2 per volta.

Quali rimedii locali, sono raccomandati: la introduzione e dimora di grossi cateteri diretti ad attutire la sensibilità, quando fosse esagerata, della uretra profonda; meglio che le iniezioni sedative, quelle modificatrici, ad esempio di nitrato d'argento — 1.00: 40.00, — o addirittura la cauterizzazione col nitrato di argento in sostanza, della sezione prostatica della uretra, cioè, più esattamente del *caput gallinaginis*; oppure la corrente costante, tenendo applicato il polo rame alla porzione lombare del midollo spinale, e trascorrendo col polo zinco sul perineo, cordone spermatico, testicolo, dorso dell'asta. La durata della seduta deve essere di 5-6 minuti. In principio della cura, si applichi la corrente ogni due giorni, in seguito ogni giorno. Nella insensibilità e freddezza del pene, sono raccomandate le fustigazioni elettriche e la irritazione dei corpi cavernosi a mezzo della corrente faradica, colla

spugna bagnata. — Le cauterizzazioni perineali col nitrato di argento o colla potassa caustica, la compressione delle parti profonde contro il perineo, a mezzo del compressore del Trousseau, per qnanto ne dice qualche autore, avrebbero qualche volta corrisposto.

Stringimenti Uretrali

Più che le lesioni violente ed i neoplasmi ecc. vi contribuiscono le infiammazioni catarrali del canale. Consistono in diminuzioni nella dilatabilità del lume, conseguenti a spasmo, o ad infiammazione, od a neoformazione delle pareti.

Queste tre maniere di alterazione, possono coesistere ed associarsi a produzione esagerata di catarro uretrale. Lo spasmo si suscita quasi sempre di fianco alla flogosi; la infiammazione dà, quale ultimo prodotto, del tessuto congiuntivo costringente; questo stesso può essere lasciato sul sito, in ultimo, dalla neoformazione la più diversa. L'edema, la infiltrazione infiammatoria delle pareti uretrali, come lo stringimento da mio-spasmo, possono col tempo e colla medicazione

dileguare completamente — *stringimenti transitorii*: — la organizzazione a connettivo del prodotto morboso, dà allo stringimento il carattere della stabilità, per cui *stringimento organico e stringimento permanente, sono dizioni equivalenti.*

Lo spasmo della uretra muscolosa — cioè membranosa, — solo in via eccezionale è idiopatico, autonomo; dí regola rappresenta un fenomeno riflesso. Il catarro del collo della vescica, gli eccitamenti sessuali, la orina sovraccarica di acidi o di zucchero, la ristrettezza del meato uretrale esterno, ragadi, flebectasie, fistole o vermi nel retto, tubercoli o calcoli cisto-uretrali, influenza di bevande alcooliche od acide, o di farmachi irritanti — cantaridi, trementina, segala cornuta, — della malaria, di particolari stati nervosi, lo occasionano. Detto spasmo può essere origine di temporanea disuria e perfino di iscuria. Dura poco, ma può ripetersi più volte.

Un catetere metallico grosso e pesante, giunto alla sede del crampo, può esservi per alcuni minuti trattenuto, quindi scivola oltre pel solo suo peso; sotto la cloroformizzazione può essere non venga arrestato punto.

Quando l'uretra membranosa sia più sensibile e contratta che allo stato normale, si imprenderà ad attaccarne la causa. Contro il sintoma per sè stesso, si possono impiegare i semicupi caldi, il ghiaccio nel retto, i suppositori, i clisteri, le iniezioni ipodermiche, gli antispasmodici; la siringazione, il massaggio.

Anche gli stringimenti infiammatorii non hanno molta importanza. E ad avviare le orine, e a sollecitare il riassorbimento di essudati, prestasi egregiamente il passaggio di siringhe o candelette.

Le forme ulcerative o molto lente di uretrite, le irritazioni chimiche o meccaniche troppo intense, o troppo ripetute del canale, la rottura della corda, le distruzioni di sostanza uretrale o periuretrale, le lesioni violente del canale, possono dare adito a neoformazione di connettivo. Questo può invadere la mucosa e magari il sotto-mucoso, il corpo spongioso, la guaina del pene, per cacciarsi sino alla pelle, e perfino alla sinfisi del pube. Il tessuto neo-formato, alle volte è immerso perfettamente in seno al tessuto normale - *stringimento parenchimatoso*, — altre volte sporge sopra di quello nel lume

del canale,— *str. libero,*— come « caruncola » o « valvola » o « cordone ». La iperplasia parenchimatosa si estrinseca con rimarchevole sovrabbondanza di tessuto, che va a formare una specie di « callo » ora « diffuso,» ora « nodoso » od « anulare » — *varietà callosa*; — talora per avvenuto riassorbimento degli elementi cellulari costitutivi, il nuovo tessuto, che rimane in sito, apparisce fibroso, sottile, teso, inestensibile — *varietà atrofica*; — tale lo si incontra, precipuamente, nel marasmo, negli stringimenti successivi a lesioni traumatiche, oppure ulcerose.

Gli stringimenti risiedono per massima parte nella estrema porzione bulbosa, molto meno nel resto del tratto cavernoso; fatta eccezione per quelli traumatici, non figurano regolarmente mai, nella uretra profonda.

Si possono organizzare in qualche mese, però di regola impiegano anni. Ora a strisce, ora ad anelli esilissimi, altre volte si estendono a tragitti lunghi, però è più facile sieno brevi e numerosi — 2-8. — Essi deformano, irrigidiscono, restringono il canale che sopra di essi si allarga variamente. Ai

prodotti delle differenti secrezioni — ghiandole cowperiane e mucose, prostata, vie seminali e reni — può rimanere un passaggio, una stretta sempreppiù angusta e penosa; si può arrivare al punto che quelli escano stentatamente, e non solo la poca perizia, ma anche le maggiori attitudini non concedano di passarvi attraverso una candeletta, una minugia, pur la più propria ed addattata. Via via possono tener dietro alla offesa pervietà del canale: la dilatazione dei riparti delle vie orinarie, collocati sopra il punto ristretto, nonchè dei dutti ghiandolari — seminali, prostatici, ecc. — in essa affluenti; il catarro di queste parti stesse; l'atrofia del rene con la uremia e la ammonioemia; le incrostazioni e formazioni di calcoli; le proliferazioni epiteliali e connettivali; gli ascessi intrauretrali, periuretrali, prostatici, periprostatici; finalmente la ulcerazione, la perforazione della uretra, gli infiltramenti e le fistole orinarie.

Di solito, accompagna gli stringimenti, il catarro cronico della uretra o la umidità. La mizione diventa frequente; il getto più sottile, appianato, tale altra a spira, biforcato, diviso. Intanto che dal canale esce un

piccolo getto, una parte della orina sgocciola sui piedi, un'altra negli abiti sulle coscie, specie se in termine della mizione non si stiracchia il pene, o non si sospinga l'orina dalla parte dilatata verso la ristretta. La parabola che traccia il getto, si fa sempre meno ampia, la orina esce a piccole gettate, ad intervalli.

La vescica viene vuotata in grado sempre più incompleto; da ciò gli inviti a mingere si fanno sempre più ravvicinati; più abbondanti i continui ristagni nella vescica; da ciò la fermentazione della orina e la cistite.

Il seme sgorga ognora più pigro, talora con dolori; la sua uscita può compiersi senza erezione — spermatorrea, — che se urti contro un forte restringimento, può detto seme attraverso la uretra sfiancata, refluire in vescica.

Il sonno, l'appetito, la cenestesi, vengono intanto, turbati. L'orina esce per eccesso di accumulo, senza che il paziente se ne accorga. L'azione del freddo, della umidità, lo andare in carrozza, le intemperanze, il manco di precauzioni numerose, in quanto mettono in iscena la disuria o stranguria, sono le prime,

di regola, a dar l'allarme al malato, e ad avviarlo al medico ; sono esse poi in seguito sempre sorgente di esacerbazioni, talvolta gravi.

I sintomi nominati, la ispezione, la palpazione, il cateterismo, l'endoscopia, valgono alla diagnosi più esatta, degli stringimenti uretrali.

Si può giustamente asserire, che al cateterismo è riserbata l'ultima parola in questa diagnosi. La esplorazione metodica può essere risguardata come una dimostrazione patologica fatta sul vivente: può esserci larga di uno assieme di preziose sensazioni. Prima di introdurre il catetere si deve rendersi conto, il miglior possibile, sulla esistenza, sede e grado delle lesioni intrauretrali, ciò anche allo scopo di scegliere lo strumento più appropriato al caso.

Gli istrumenti metallici sono i veri esploratori della vescica, massime per i medici poco esperti; gli strumenti flessibili sono i più acconci esploratori della uretra.

Uno strumento flessibile si adatta al tragitto nel quale penetra; il canale stesso lo guida ; uno strumento metallico può percorrere, anche pel solo suo proprio peso, un

tratto molto lungo di uretra, ma abbisogna, in via ordinaria, della mano che lo guidi per batterne l'ultimo tratto, che è il più difficile. Una bolla — N°. 18-21 fil. trimil.ª, — che rappresenti un uovo dimezzato per traverso, fissata colla sua base ad un fusto, abbastanza cedevole, può trasmettere delle impressioni delicatissime. Per avere nozioni esatte relative alla uretra interna, potrebbe convenire una candeletta inglese , incurvata per modo, che il suo asse corrispondesse, il più possibile a quello della uretra, che si vuole esaminare. La si fissa in questa curva, piegandovela nell'acqua tiepida, e subito immergendola nella fredda, oppure spalmandovi del collodion, e se fosse una siringa col mezzo dello specillo -- *mandrin.*- Qualunque sia lo strumento, deve essere dapprima lavato, entro e fuori, con acqua fenicata — al 3: p °/₀, — inunto di olio o di glicerina fenicata. Si deve tener conto delle lievi molestie e difficoltà che possono essere sollevate dallo strumento, nella *lacuna magna*, nel *seno del bulbo* — depressibile, — nello orificio della uretra interna, nel collo della vescica. Che lo strumento poi scivoli per virtù del suo peso, o perchè venga so-

spinto, deve seguire sempre l'asse del canale. Subito che perde la libertà di movimento o suscita dolore od emorragia, si deve ritirarlo in parte o tutto, per dargli un'altra direzione, o per cangiarlo o subito od alla prima seduta con uno di differente calibro, analogo oppure metallico. Non si deve mai preferire l'uso della forza a quella del ragionamento. Uno spirito paziente, perseverante, calmo, una mano leggera ed abile, operano miracoli pur nei casi difficili; ogni tentativo di manovra brillante, di esecuzione rapida, è vietato, inquantochè può essere di danno pel malato e pel medico stesso. Talfiata conviene essere dotati di una pazienza a tutta prova; e saper sacrificare l'amor proprio. Per la diagnosi talora basta toccare lo stringimento: non è sempre necessario superarlo. La tranquillità dello ammalato, non è meno indispensabile di quella del medico. La si guadagna dicendo al paziente tutta la verità per quanto risguarda le molestie della siringazione, le quali una mano abile, sa ridurre a poca cosa e perfino a niente. Allorchè si abbassa il padiglione, di una siringa, o di un catetere incompletamente introdotto, si ha in mano il braccio lunghissimo di una leva di primo ordine, della

quale l'altro braccio, molto meno lungo, urta contro tessuti il più spesso ammalati. Egli è verso il becco dello strumento, che deve vergere continua l'attenzione del medico. L'uretra è utile sia esaminata per regioni — peniena, scrotale, ecc. — Il dito attraverso il perineo ed il retto può, in ogni momento, interrogare la bolla. Questa può procurare, nella sua uscita, sensazioni ancora più dettagliate e precise, che allora della entrata. Lo esame di questa fatta, deve istruirci sulla esistenza, sede, numero, ampiezza, consìstenza, forma, lunghezza, irritabilità degli stringimenti organici. La scelta di strumenti abbastanza sottili, abbastanza consistenti, — sieno candelette cateteri, specilli o minugie; – può, unito alla maestria ed alla pazienza permetterci di superare pressochè qualsivoglia stringimento. Quel di ravvolgere a spirale o ad angolo la terminazione dello strumento girandolo poi in senso inverso alla spirale; quello d'introdurre tre quattro specilli o minugie fino allo stringimento e poi assaggiar quale potesse proseguire la via; il versare dell'olio entro lo stringimento e favorire la lubricità di que-

sto; il soccorso dell'uretroscopio, possono agevolare il nostro cômpito.

Autori consumati nella pratica, non hanno mai veduto guarigioni naturali di stringimenti, distruzione spontanea del tessuto stringente. Questo non è possibile allontanarlo in totalità : quanto più invecchia e tanto più si fa duro, secco, rigido. Uno stringimento è malattia non lieve, massime perchè gli ammalati ne imprendono la cura solo quando sono forzati da sintomi conseguenti, e non sempre vi sottostanno con abbastanza impegno.

Rapporto alla cura, si distinguono stringimenti *permeabili* ed *impermeabili*. Questi ultimi o *non si possono* o *non si sanno attraversare*. La assoluta impermeabilità degli stringimenti non traumatici è allo estremo eccezionale: la destrezza, la pazienza, lo esercizio, il saper adattare lo strumento, ci sono larghi di insperati successi.

Manchiamo di mezzi per guarire stabilmente uno stringimento. La guarigione dipende meno dal metodo e dagli istrumenti, che dalla intelligenza e pratica di chi li usa. Nessun metodo di cura può valere per tutta

la immensa varietà di casi. Chi combatte uno stringimento non deve obliare le condizioni e suscettività di questo, come dello intero soggetto. La *cauterizzazione* degli stringimenti organici, dei quali appunto si parla, reca più inconvenienti, che stabili successi. La *dilatazione*, la *uretrototomia*, sono i due metodi più usitati. La dilatazione graduata, incruenta, è la preferita. La *dilatazione brusca*, la *divulsione*, non sono da impiegare che in casi eccezionali. Se esistano false strade, una siringa, che per la buona via, sia giunta in vescica, ordinariamente si può lasciarvela per alcune ore e, massime se metallica, per qualche giorno.

La dilatazione graduata, interrotta, lenta, progressiva, detta anche «dilatazione vitale», in quanto il riassorbimento dei prodotti costitutivi lo stringimento, ed ancora atti ad essere assorbiti, vengono rimossi e dal momento meccanico e da uno dinamico, rappresenta il metodo curativo più raccomandabile. Per esso, ordinariamente, si giunge a dare al punto ristretto i diametri dell' orificio uretrale, che, se questo poi è troppo angusto, può essere conveniente d'inciderlo.

Al momento della introduzione dello stru-

mento — candeletta olivare o conica, francese od inglese, — è bene l'individuo si trovi di non aver orinato da mezza ora. Lo strumento deve evitare ogni molestia e violenza, massime sullo stringimento. Basta oltrepassare appena collo strumento la parte ristretta. Non si turbino inutilmente le parti più profonde. Lo strumento è bene che resti in sito 5-10 minuti. Giova non ripetere l'introduzione di specilli, fino a che restano molestie dell'ultimo passaggio. Ridonato alla uretra il suo calibro, non si deve dimenticare, che, di regola, il beneficio è transitorio.

Raggrinzamenti e deformazioni rilevanti del canale, il dolore, le emorragie durante la specillazione, la minaccia di talora inevitabile febbre — febbre uretrale, — sia da esasperazione di morbi esistenti — febbre morbosa, – o dacchè lo istrumento ne susciti di nuovi — febbre traumatica, — o pel semplice stimolo dei nervi periferici — febbre nervosa, — possono imporre il rigetto del metodo anzidetto, e suggerire la *uretrotomia interna.*

Questa è indicata in pressochè tutti gli stringimenti della uretra spongiosa, attraversabili da sottili specilli, quando non si la-

scino vincere da successivi più grossi. La operazione ha poca importanza per quanto risguarda la uretra glandare; via via ne va acquistando quanto più la si debba praticare profonda. Eseguita la incisione, si introduca subito dopo una siringa, attraverso la quale l'ammalato per 12-24 ore possa emettere l'orina, altrimenti il contatto di questa colla superficie del taglio, determinerebbe facilmente una febbre con brivido.

La uretrotomia interna, qualche volta è stata seguita da emorragia, infiltramento orinoso, piemia, setticemia. Praticatala varie volte, sempre collo uretrotomo di Maisoneuve, non abbiamo avuto a lagnarci di simili complicazioni giammai.

Quando esistano degli stringimenti assolutamente impermeabili, *il cateterismo forzato, la perforazione dello stringimento*, non vanno esenti da pericoli. La *uretrotomia esterna*, può essere indicata, allora specialmente che alla ritenzione, sieno consociate infiltrazione orinosa od ascesso. Anche lo stringimento di provenienza traumatica, esteso, non dilatabile, complicato da seni fistolosi, può spingere ad eguale partito.

Nel mentre si cura uno stringimento, non si deve perdere di vista la possibile reazione da parte di questo, e delle vie uro-seminali, e dello intero organismo.

DELLE INFIAMMAZIONI BLENORRAGICHE NELLA DONNA

Nella donna possiamo incontrare: 1° *Vulvite blenorragica*, 2° *Vaginite*, 3° *Metrite*, 4° *Uretrite blenorragica*. La flogosi della Vescica, delle Trombe del Falloppio, delle Ovaja, del Peritoneo, possono tener dietro alle infiammazioni predette. Più frequente è la blenorragia della vagina, meno quella della vulva e dell'utero, ed ancora più della uretra. Molto di rado la blenorragia coglie l'intera mucosa uro-genitale, più spesso una sola sezione, ed al più due ad un tempo. Si vuole che la uretrite muco-purulenta, risulti sempre da contagio, o provenga questo direttamente da un altro individuo o dalla vagina del soggetto stesso. La natura blenorragica della vulvite verrebbe da taluni autori inforsata, come quella della balano-postite.

La mucosa della vagina è molto meno delicata di quella della uretra maschile; essa è difesa da secrezioni sebo-mucose, che la spalmano costantemente: in certe donne il coito smodato, lo abuso dei lavacri ecc., concorrono ad attutirne la sensibilità. Aggiungasi che la sua direzione ed ampiezza, facilitano la discesa e rimozione dei prodotti contagiosi, e che allora dello abbracciamento, può non succedere largo afflusso di sangue alla parte, come è necessario avvenga nell'uomo. L'uretrite acuta impedisce all'uomo, che la soffre, il rapporto sessuale: e poi la mizione può, in ogni caso, allontanare dalla uretra il prodotto contagioso. La donna può prestarsi al congresso se abbia la vagina discretamente compromessa, e più ancora se il male persista nella parte superiore — fornice vaginale, — località questa, che per l'uomo è più pericolosa, nel mentre è meno agevole alla donna di tenere medicata e monda. Tutto sommato, le donne dânno più blenorragie, che non ne ricevano. E ciò tanto più dacchè irritazioni locali — manustuprazione, poca nettezza, gravidanza, dermatosi vulvari, pessarii, ecc., — disordini dietetici o costituzionali — clorosi e scrofola, — esantemi,

tifo sia in bambine, come pure in adulte caste e virtuose, possono favorire uno stato catarrale, il di cui prodotto può ammalare così la congiuntiva oculare come anche la uretra maschile. Data una blenorragia in una donna, si è disposti ed abituati a dichiararla contagiosa, ogni volta che si estende alla vagina ed all'uretra, ed il prodotto sia decisamente infiammatorio, cioè muco-purulento. Una adulta come una bambina, sono suscettibili a infettare, pur non essendo state vittime di contagio. Nella donna, affetta da blenorragia, i sintomi soggettivi in generale, sono meno spiccati che nell'uomo È raro che, per effetto di diffusione da contagio blenorragico, il morbo si innalzi oltre all'orificio cervico-uterino interno. Le cure locali nella donna, si possono intraprendere con maggiore efficacia; in ogni modo la fase acuta dura poco tempo.

VULVITE E BARTOLINITE

La vulvite proviene da contagio, oppure da cause volgari. Irritazioni da onanismo, da eccesso di coito, di grattamento, lo accumulo e decomposizione del sebo e del muco, la presenza ed il disfacimento di vege-

tazioni e di placche mucose, la presenza di *ossiuri*, certe influenze epidemiche, gli esantemi, il tifo, la scrofola ecc, possono benissimo suscitarla.

Può aversi: iperemia, secrezione sierosa, mucosa, purulenta, esfogliazioni epiteliali — erosioni, — infiltrazioni ed ulcerazioni follicolari, essudazioni nel *corion* mucoso, molto più nel connettivo delle ninfe, del prepuzio della clitoride, e delle grandi labbra. Lo edema infiammatorio, il flemmone delle ninfe, può venire peggiorato dalla pressione, che vi esercitano attorno le grandi labbra, il di cui ipoderma, pieno di grasso, si lascia meno distendere. È abbastanza frequente tuttavia la suppurazione del connettivo delle grandi labbra, dopo però che quella abbia avuto luogo nelle ghiandole del Bartolini. Parlasi di *vulvite sebacea* o *mucosa*, quando sono i follicoli del sebo o del muco esclusivamente, o precipuamente i colpiti. I primi sono disseminati: i mucipari sono situati alla faccia interna delle piccole labbra, sulle parti laterali ed attorno al meato orinario. Specie nella fase purulenta, il prodotto conglutina tra loro i peli, discende sul perineo, sulle pieghe inguinali, vi desta arros-

samento, crepacci, esfogliazioni. Possono coesistere e seguire adenopatie inguinali, bartolinite, segni di violenza, vegetazioni, iperestesie, formazione di cisti e di aderenze vulvari. Il camminare, come il mingere ed il defecare, vengono disturbati. Le sensazioni voluttuose allo esordio del male, sono poi seguite da bruciore, prurito intenso, febbre.

Bisogna bene determinare se non sia secondaria a processi venereo-sifilitici, oppure semplici indovati nella vulva stessa, o nelle parti attigue — vaginite, papillomi, papule umide, eczemi, erpeti, *pruritus*, foruncoli, *phtyriasis*; — se non dipenda da anemia, da scrofola, da onanismo, e ciò per la più opportuna cura causale, come anche per la prognosi e per la profilassi.

Per la cura locale giovano: il decombere a gambe divaricate; le lozioni detersive, i fomenti e semicupi emollienti; lo isolamento mutuo, mediante bambagia assorbente, delle quattro maggiori pieghe vulvari, e talora del prepuzio del clitoride. Possono essere richieste le applicazioni astringenti con bambagia intrisa in aqua fenicata o saturnina; il nitrato d'argento disciolto; le polveri di ossido di zinco, o di bismuto; può

convenire l'occlusione, mediante bambagia, dell' osculo della vagina, quando da questa colasse molta materia irritante.

Le ghiandole acinose vulvo - vaginali, dette *del Bartolini*, sono collocate tra il muscolo costrittore della vagina ed il trasverso del perineo. Corrispondono alla metà posteriore delle grandi labbra. Per uno o due dutti, che si vedono nel vestibolo, a pochi millimetri dallo imene, ejaculano un prodotto lubrificante. Dalla vulva l'infiammazione può diffondersi al dutto, ed al corpo. La forma catarrale può essere seguita dalla purulenta. Il congiuntivo attorno al dutto, più spesso quello attorno al corpo della ghiandola può risentirsene, indurare, suppurare. Lo ascesso si apre allora attraverso la cute del grande labbro e più spesso attraverso la mucosa di questo. Ma, se il flemmone si diffonde, il pus può farsi strada nella vagina e nel retto. Di quì quelle fistole vulvari, vulvo-vaginali, vulvo-rettali che, nelle meretrici specialmente, si ha occasione di vedere.

Altra volta le pareti del dutto, quelle della ghiandola si inspessiscono.

Può avvenire anche, per tale via, la chiusura del dutto e la dilatazione a cisti — che

spesso si trova essere ematica, — del corpo.

La bartolinite può promuovere dolore, malessere, febbre, vomito ; può simulare una ernia, massime quando si aggiunga stitichezza, e l'ammalata ci voglia far credere esserle insorto il tumore, tutto d'un tratto. La bartolinite inizia nel dutto, il tumore risiede nella metà posteriore del grande labbro, recidiva facilmente, lo si può circondare colle dita. Costituisce un tumore compatto o pastoso o molle, che dà sempre risonanza ottusa, non provoca, per lo più, nulla all'inguine. Colla pressione sulla ghiandola, alle volte preceduta da specillazione del dutto, si può far uscire il prodotto morboso. La cisti, e perchè si forma lentamente, e perchè non associata ad infiammazione, è facile ad essere riconosciuta.

La bartolinite si medica col riposo generale e locale, coi ripercussivi, col vuotamento del prodotto morboso attraverso il dutto — pressione, specillazione, — colle iniezioni detersive con siringa di Anelio o simili, con fomenti astringenti. Le iniezioni con aqua fenicata al 1 p $^{0}/_{0}$, o con nitrato d'argento al 1 p $^{0}/_{0}$ le abbiamo riconosciute come

utilissime. Compiutasi la suppurazione, se non sussistano ulceri veneree vulvo-vaginali, e l'ascesso minacci anzitutto la vagina, lo si apre attraverso le pareti di questa; od in caso diverso si fa il taglio sulla cute del grande labbro. In seguito, coi comuni disinfettanti e correttivi, si porta a chiusura il cavo ascessuale.

Vaginite Blenorragica

La *Vaginite*, detta anche *Colpite* [1]) od *Elitrite* [2]), quando è acuta proviene da contagio o da traumatismo. La gravidanza, le febbri eruttive, l'anemia, la scrofola, il cattivo impiego delle iniezioni, la mestruazione in quanto aggrava la condizione leucorroica, sono condizioni predisponenti e talvolta determinanti il morbo. Le oscillazioni nel grado della flogosi, il deposito temporaneo di muco-pus blenorragico avvenuto in una vagina, che ne sia refrataria, l'acclimatamento o meno, il grado vario di prolungarsi del coito le condizioni diverse dei genitali e dell'organismo intero dei singoli utenti una stessa don-

[1]) κολπος, *seno.*
[2]) ἔλυτρον, *guaina.*

na, dànno la spiegazione della varia fortuna che coglie questi ultimi. La presenza o meno del gonococco vi avrebbe poi la parte principale.

Nella vaginite acuta si notano: aumento di spessore e di calore, secreto sempre acido, mucoso, purulento, cremoso, nel quale il microscopio permette riscontrare differenti microfiti. La mucosa si fa rossa, rosso livida. Nel suo terzo anteriore possono elevarsi dei noduli anche numerosissimi, costituiti da iperemia ed essudato intrapapillare — più frequente nella gravidanza, — onde la *vaginite granulosa*. Sono possibili, però eccezionali, i casi di erosioni e di ulcerazioni catarrali. Non abbiamo mai veduta la scomparsa del fornice per fusione di questo col collo uterino — *vaginite adesiva*. — Complicano la vaginite acuta, la uretrite, talora la cervico-metrite esterna, molto meno la vulvite, la ooforite e la cellulite. La vaginite può assumere i caratteri delle forme *crupose* e *difteriche*, provocare la caduta di larghi tratti epiteliali presentanti talvolta la forma del canale — *vaginite esfogliativa*. — Con estrema rarità avviene che una specie di flemmone periva-

ginale distrugga, direbbesi, gli attacchi vascolari della vagina, determinandone la gangrena e la eliminazione — *perivaginite dissecante* — [1]).

Nelle forme ordinarie di vaginite, l'adenite inguinale, è molto infrequente.

La leucorrea — λευχος, bianco, e ρεω scorro — rappresenta un prodotto di vaginite cronica. Può giungere ed arrestarsi a questo punto la stessa forma acuta, che talora prende poi dalla leucorrea stessa, il suo punto di partenza. La durata lunga di un catarro vaginale, il lungo uso fatto contro di esso degli astringenti, possono rendere la mucosa grossa, ruvida, affatto secca — *xerosis vagina.* — Come nell' uomo la uretrite, nella donna la vaginite, incomincia di solito, all' osculo, e quando invecchia, si riduce in parti più profonde, ove è meno molesta e più tenace. I fornici, massime il posteriore, sono le parti dove, per ultimo, si rifugia il morbo, e di dove può compromettere la salute dell'utero e quella delle uretre maschili che a caso vi si accostino. I papillomi, il vaginismo, riconoscono,

[1]) Ne sono stati, a tutt' oggi, pubblicati quattro casi.

in qualche caso, la loro origine dalla vaginite cronica.

Sintomi di vaginite sono: senso di solletico e di bruciore al mingere — *uretrite*; — di dolore, di pienezza alla parte, di dolore nei movimenti e più negli sforzi della defecazione. Gli inguini, le coscie, il bacino si fanno dolenti; la mestruazione può affrettare, ed aggravare i sintomi, tra questi lo spasmo del costrittore della vagina, nonchè i segni della reazione generale possono pure comparire.

Se si introduca a 4-5 centimetri di profondità nella vagina un dito, e se ne abbassi la parete posteriore, si può veder scendere il prodotto morboso. Il díto stesso può rilevare il calore aumentato, nonchè il turgore e risvegliare dolore nel canale. La vaginite si suole ritenere contagiosa per quanto sia acuta, dia cioè un essudato muco purulento e sia concomitata da uretrite, pure acuta. La presenza dei gonococchi, si vorrebbe oggidì fosse l'indice della contagiosità, così nelle forme acute come in quelle croniche. Rispetto a queste ultime, non possiamo assolutamente precisare in pratica, dove cessi nei singoli casi il pericolo di trasmissione per

le persone non acclimatizzate. Ond' è che il decidere criminalmente sulla origine e sulla attitudine infettante di un prodotto vaginale, non è cosa in ogni caso possibile, che molte volte suscita dubbiezze, e che, più ancora, addimanda prudenti riserve.

I tentativi di cura abortiva sono vani, oppure dannosi. Convengono: il bando alle eccitazioni, e soddisfacimenti erotici; l'alimentazione scarsa, senza alcoolici, senza stimolanti. Si combatta la stitichezza, che mantiene iperemici gli organi della piccola pelvi. Sono poi utili i semicupi detersivi, ammollienti, o narcotici — aqua tiepida semplice, decotto di crusca, o di teste di papavero (magari agevolando lo ingresso del liquido in vagina mediante apposito strumento) —; più utili sogliono essere le irrigazioni detersive, anodine od astringenti, nel canale.

Per praticare queste, la cannula vaginale detersa ed oliata, oppure una siringa di gomma a due finestre, viene spinta, sempre a ridosso della parete posteriore, sino al fornice. Attraverso un lungo tubo da un recipiente — catino, secchiello, irrigatore — collocato abbastanza alto, oppure mediante

una pera di gomma od una clisopompa, introducesi il liquido. Specie per persone, che non possano muoversi dal letto, sono utilissimi gli irrigatori di Maisoneuve e di Aran. Se abbiasi a trattare la sola metà inferiore dell'organo, la donna potrà starsene sopra una sedia od un *bidet;* se convenga correggere lo stato della parte superiore della vagina, sarà opportuno che l'ammalata decomba supina, colle natiche elevate, in guisa che l'orificio esterno della vagina sia più alto dei fornici. Il liquido potrà così, esser spinto a volontà, fino a bagnare il cul di sacco, e la superficie del collo dell'utero. Lo stesso liquido potrà venire mantenuto, nella parte inferiore della vagina o mediante uno zaffo messo attorno alla cannula, o dalla vulva stessa in quanto venga serrata contro di quella a mezzo della mano, che rimane libera. Il corso dell' aqua vuole essere abbondante, la temperatura di questa deve essere lattea o più calda, nelle forme non croniche; nelle croniche l'aqua fredda può dare tôno agli organi, suscitarvi una reazione salutare. L'irrigazione è meglio sia ripetuta 2-3 volte al giorno, e non sia troppo protratta. Irrigazioni detersive possono precedere quelle me-

dicate. Per cadauna di queste devesi impiegare almeno mezzo litro di liquido, in cui sieno messi da 4-8 gr. di Solfato di zinco, o di Sottoacetato di piombo o di Solfato di allumina e potassa, di Percloruro di ferro o di Solfato di ferro o di Idrato di cloralio. L'Acido fenico, il Sublimato corrosivo, si possono usare il primo a 0.25 - 0.50 il secondo a 0.02 - 0.05 p. %. Nei casi leggeri possono tornare proficue le iniezioni d'infusi o di decotti di piante astringenti — quercia, ratania. — Nelle forme insistenti, massime papulose, giova, a mezzo di uno *speculum* — opportunissimo quello di Fergusson, — pennellare la vagina con una soluzione di nitrato di argento — 1-4.00: 30.00 di aqua. In casi più ribelli, serve lo isolamento delle parti mediante tamponi di bambagia assorbente, cosparsi di Magistero di bismuto, di Calamina, di Tannino, o di Allume. I tamponi devono essere insinuati mediante lo *speculum*, raccomandati ad un filo che valga per allora che li si vogliono estrarre. Più spesso giova sieno piccoli, da poter essere fissati nei fornici. Qualche volta se ne deve riempire la intera vagina. Si deve lasciarli in sito non più di 12 ore. Toltili, è bene prati-

care una irrigazione. Suppositorii vaginali contenenti Tannino, Jodoformio, ecc, da lasciar sciogliere nell'organo, non trovano frequenti indicazioni.

Metriti blenorragiche

Il contagio blenorragico può intaccare la mucosa del collo così della superficie esterna, come anche del canale — *cervicite blenorragica esterna, cervicite blenorragica interna* od *endo-cervicite blenorragica.* — Di solito la forma blenorragica non oltrepassa l'orificio cervicale interno, al quale, quasi di regola, si arrestano le varie infiammazioni catarrali, da causa esterna. La endometrite del corpo, riconosce più spesso la sua origine da cause interne. Le metriti catarrali del collo, possono essere apparecchiate da lesioni dirette, da eccessi venerei, da pessarii, ecc.

Ne segue rossore e turgore di tutto o di parte del collo, ipertrofie ed erosioni papillari — granulazioni, — noduli, ascessi, esulcerazioni follicolari, facili emorragie, specialmente durante lo ingorgo della mestruazione o della gravidanza. Dette lesioni,

ordinariamente, cominciano presso l'orificio esterno.

Nella endocervicite detto orificio si fa beante, dacchè intumidisce la interna mucosa del canale. Vi affluisce il prodotto delle numerosissime ghiandole esistenti nelle pliche palmate, sotto forma di un liquido denso, chiaro e viscido, che ricorda l'albume d'uovo, il vetro liquido, che talora però è torbido, solo di raro ricco di marcia e, a differenza del secreto vaginale che è acido, esso è sempre alcalino. Nel tempo della gravidanza può contenere dei fiocchi caseosi. La pressione può farlo discendere lentamente nella vagina, col prodotto prosciolto della quale, non si mescola mai uniformemente. Esso fa corpo a sè ; è molto legato, ed aderisce saldamente alle parti del canale. Un pennello di bambagia asciutta non ve lo toglie che difficilmente ; bagnato nel tuorlo di uovo o meglio, nell'acido acetico o nell'acido fenico sciolto con parti eguali di glicerina, e spinto in alto, sino all'orificio cervicale interno, a mezzo di movimenti di torsione ve lo può esportare affatto. È raro si mescoli a sangue, come fa molto spesso il prodotto della endometrite del corpo: questo ultimo, oltrecchè ha un aspetto ruggi-

noso, suole essere più prosciolto, più abbondante, può distendere la cavità dell'utero, il quale lo spinge allora con contrazioni dolorose — coliche uterine, — attraverso l'orificio interno che uno specillo, una sonda uterina, anche in epoca lontana dalla mestruazione, possono sentire non affatto chiuso. Nella endometrite del collo invece, l' orificio interno è chiuso, mancano le coliche, così al momento della emissione del sangue menstruo, come anche allora che discende il catarro.

Sono le cerviciti croniche che convertono in piccole cisti, i follicoli mucosi — ovuli del Naboth, — che mantengono nella donna una specie di goccia militare, più nascosta ed insidiosa che non sia nell' uomo, e che spianano la strada agli ingrossamenti del collo, al distacco dal canale, degli epitelii vibratili, come pure agli stringimenti del canale ed allo sviluppo di forme polipose.

La cervicite suscita poco o punto dolore in sito ; può risvegliare dolore ai lombi, lassezza, malessere, nevralgie riflesse, movimento febbrile, irregolarità mestruali. La cellulite pelvica, la peritonite, la endometrite del corpo, la metrite parenchimatosa del collo, la salpingite, la ooforite,

possono complicare la cervicite o tener dietro ad essa.

Conviene distinguere la cervicite dalla sifilide primaria e secondaria, dall'ulcera venerea e dall'erpete.

La cervicite non è malattia grave; la iperplasia connettivale, le flessioni, i prolassi, possono renderla ostinatissima altrettanto fanno la scrofola e l'anemia.

Nella metrite esterna le irrigazioni detersive tiepide, astringenti, i tamponi e le pennellature con astringenti e cateretici. Al momento della irrigazione la donna deve essere orizzontale, col bacino elevato in modo che la iniezione medicata, rimanendo la donna in quella posizione, possa rimanere in contatto del fornice e del collo. Le pennellature, i tocchi di soluzione di Percloruro di ferro, o di soluzione di Nitrato d'argento o di Cloruro di zinco — 1-7.00: 100.00 —, le applicazioni di Tannino e Glicerina — 1.00: 4-8.00, - o di tannino, allume, od iodoformio, separati possono giovare. Nella endocervicite acuta, i bagni generali, i semicupi: i sedativi in pochissimi casi sono domandati. Il riposo, lo slacciamento delle vesti ai fianchi, il tenere vuoti la vescica ed il retto, le iniezioni calde

ed il bagno del collo uterino, con infusioni ammollienti, o di papavero, fiaccano benissimo la flogosi. Se convenga portare medicamenti nel canale, se ne allontana anzitutto il muco, e poi si insinua in quello o il percloruro di ferro o il nitrato di argento ecc., sino all'orificio interno a mezzo di un pennello di bambagia assorbente [1]). Se convenga cauterizzare la mucosa con nitrato d'argento in sostanza, o se ne introduce un cannello, o meglio un bottoncino, che sia stato fuso attorno ad uno specillo o ad un ferro da calze. Si devono vuotare sempre le piccole raccolte cistiche purulente o sierose — ovuli del Naboth. — Se la mucosa del canale sia molto vascolarizzata, succulenta, giovano le scarificazioni su tutta la

[1]) Mai abbiamo avuto bisogno delle iniezioni intra-uterine per processi suscitati da infezione blenorragica. Del resto per far entrare liquido nelle cavità del collo e del corpo uterino, ci sembra molto utile e prudente, il processo di Bandl. La malata giace colla vulva più alta del collo uterino. Si applica uno *speculum* pieno. Si riempie questo col liquido medicamentoso, che discenderà verso l'utero. Una sonda metallica cribrata di fori in tutta la sua lunghezza, è insinuata nel collo uterino o, se abbisogni, entro nel corpo. Il liquido a mezzo dei fori, dalla vagina passa nella cavità del collo od in quella del corpo conforme si vuole e *non distende punto questa ultima, che può bagnare uniformemente.*

lunghezza del canale. Se il parenchima del collo sia grosso ed abbastanza molle, cioè abbastanza ricco di vasi, il taglio deve essere approfondito nello spessore di quello. Il raschiamento del collo, ed altri intraprendimenti, non è frequente sieno richiesti.

Uretrite Blenorragica

Può risultare da tre modi di inoculazioni: vaginale, peniena digitale. Ordinariamente, è secondaria alla vaginite. Può però essere primitiva ed isolata. Le violenze che accompagnano la deflorazione; l'introduzione nel vestibolo vulvare e più nella uretra di corpi stranieri, come sarebbero siringhe, arnesi a soddisfare la sensualità, i calcoli della vescica, gli eccessi erotici, la gravidanza, possono dare sviluppo ad una uretrite, nella cui genesi non entrino direttamente nè il rapporto sessuale, nè il contagio. Questa uretrite semplice, la si incontra raramente. La donna accusa bruciore al mingere, lieve disuria. Può uscire dal canale della sierosità, del muco, del muco-pus. Questi prodotti stampano talfiata sulla camicia delle macchie lenticolari. Lontanamente dalla mizione, premendo sulla

uretra, attraverso la vagina, a partire dalla vescica verso l'orificio esterno, può uscirne pure il catarro. Se l'orina l'abbia di fresco portato via, oppure non si possa tenere abbastanza d'occhio una donna, che ami trarci in inganno, può convenire l'esame uretroscopico·Questo vuole essere intrapreso almeno dieci minuti dopo l'uscita della orina, che al suo passaggio iperemizza il canale. La disuria, l'uretrorragia, le vegetazioni poco discoste dall'orificio esterno, lo ispessimento del canale, possono conseguitare alla uretrite. Non si presenta di regola necessità di siringazione per uretrite acuta nella donna.

I follicoli mucosi nei pressi del meato orinario, per stati congestivi od infiammatorii, possono fornire uno elaborato mucopurulento, contagioso - *uretrite esterna*, del Guérin. — Calcoli, ulceri veneree o sifilitiche, o vegetazioni uretrali, possono mentire la uretrite. Forse, più nella donna che nell'uomo, conviene badare attentamente a certi sintomi uretro - vescicali, che tradiscono la tubercolosi della urocisti.

Di solito la uretrite migliora pari passo della vaginite. In qualche raro caso si reclamano provvedimenti. I lenitivi, gli alcalini, i balsa-

mici che giovano contro la uretrite maschile, possono essere utilmente adoperati. Di solito non è necessario lo impiego dei topici.

Linfo-Adeniti da Blenorragia

Le linfiti, le adeniti figurano spesso come conseguenze di fatti blenorragici e delle loro complicanze. Il meccanismo del loro insorgere, corrisponde a quello delle linfo-adeniti da assorbimento, quali possono seguitare alle ulceri veneree. Se ne parlerà al capitolo di queste.

Congiuntivite Blenorragica

Tien dietro a trasporto di muco-pus blenorragico liquido od essiccato, proveniente dai genitali dei due sessi, o da un altro occhio similmente compromesso. Il contagio può avere per veicolo le mani, la orina, le lingerie, le spugne, gli utensili da toletta — catino, aqua, asciugamani. — Un blenorragico può infettare l'occhio proprio e quello di altri; una persona può prenderlo dai genitali di un malato e passarlo nell' occhio di questo o nel proprio. Un medico, rimanendo

o no risparmiato, potrebbe moltiplicare, nello esame e medicazioni, i focolaj blenorragici in una stessa persona, e in più persone. La materia morbigena può, pel solo suo peso, scorrere dall'occhio malato a quello sano; il bambino, mentre attraversa i genitali blenorragici, può infettare i propri occhi. Come la innavvertenza, così lo scopo di vendetta può essere occasione alla oftalmoblenorragia, la quale, da circa tre quarti di secolo, si desta ad arte dagli oftalmojatri, per combattere il panno corneale.

Negli uomini, nei poveri, la forma è più frequente. Si sono vedute vaginiti scrofolose di bambine, divenire atte a dare l'oftalmopatia in discorso.

Questa incomincia poche ore o giorni, dal contagio. Al rossore, cociore, calore, comuni ad ogni congiuntivite, succede rapida una colorazione dei tessuti, più oscura dell'ordinario, ed un dolore violento. In brevi ore le palpebre diventano edematose; la superiore, più tumida, cade dinanzi della inferiore, e la ricopre in parte. Se le si divaricano, esce un fiotto di materia sierosa da principio, e poche ore appresso, gialla o verde, densa, che escoria la cute delle

palpebre infiammate. La febbre è moderata, vengono avanti delle irradiazioni nevralgiche peri-orbitali molto forti. — Aprendo l'occhio, si constata chemosi considerevole. La cornea viene mortificata, pel fatto stesso della chemosi,— di questo rigonfiamento della congiuntiva, che, comprimendo sopra tutta la sua circonferenza, sospende lo scambio nutritizio, — o subisce essa uno spandimento purulento interstiziale, che da prima la rende opaca e poi la ulcera. Se il morbo perdura alcuni giorni, la cornea si fa in qualche punto sottile e prominente — cheratocele, — indi si perfora e sortono gli umori endoculari, lasciando, alle volte, uno stafiloma, altre, un moncone informe, destinato alla atrofia.

Questo esito è facile e frequente, quando l'arte non intervenga a tempo e con energia.

Quando pure ammali un solo occhio, l'altro è minacciato oltrecchè dal contagio, anche dalla così detta simpatia. Havvi per giunta una forma di congiuntivite blenorragica cronica, la quale determina uno stato tracomatoso, che è incentivo a cheratiti gravi. Nei neonati la oftalmo blenorragia, può svilupparsi lentamente. L' oftalmia è la più temibile delle complicazioni della blenorragia.

La violenza, la rapidità del processo, la grande accentuazione di una adenite preauricolare, e più che tutto la esistenza di una blenorragia, costituiscono altrettante presunzioni utilissime, a favore della indole blenorragica di una congiuntivite. Non sarà da omettere la ricerca dei gonococchi.

Àd allontanare il pericolo di un sospetto, o già avvenuto contagio blenorragico, si laverà lo intero sacco congiuntivale con una soluzione antisettica — Benzoato sodico 5.00, od Acido borico 2.00 p % — o con aqua distillata previamente bollita. Incominciata la malattia si spieghi l'antiflogosi la più rigorosa: lavacri coi liquidi predetti, istillazioni di atropina sia per sedare i dolori come pure per dilatare la pupilla: mediante fasciatura o giacitura sul lato colpito, si procuri impedire il deflusso verso il sano. I fomenti freddi, le mignatte, i derivativi intestinali, le scarificazioni sulla congiuntiva inzuppata, le profonde incisioni contro la chemosi, danno vantaggi sicuri; ma l'agente terapeutico il più utile, ed indispensabile, si è il nitrato di argento. Col Nitrato di argento in soluzione — 2-4.00: 100.00, — od in bastoncelli, mitigato col Nitrato potassico -- 1.00: 1-2.00,-- si tocchi

in tutto il suo ambito, ogni 24 ore, la mucosa malata, pronti a neutralizzare lo eccesso del nitrato a mezzo del sale di cucina sciolto in acqua distillata. Se la cornea s' intorbida o vi si formi una ulcera, si impieghino le istillazioni, oppure i dischetti dl atropina; alle volte è efficace anche in quest'incontro il nitrato di argento impiegato a qualche distanza dal midriatico. Quando vi sieno minaccie di perforazione corneale e più di prolasso irideo, bisogna provvedere conforme le migliori norme oftalmojatriche.

REUMATISMO BLENORRAGICO

Sotto questo titolo vengono abbracciati: 1º Artropatie; 2º Sinoviti tendinee; 3º Igromi; 4º Periostiti e Periostosi; 5º Iriti sierose; 6º Descemetiti; 7º Nevropatie diverse — Uretralgia, Acinesia ed Anestesia genitale, Nevralgia sciatica, Nevralgia crurale, Mielite spinale, Paraplegia riflessa, — fatti patologici, che si suole da taluni, o tutti od in parte, vedere collegati alla in fezione blenorragica. Sulla connessione causale vigente tra la blenorragia e le artropatie, regna il maggior accordo, che

cessa, tosto che si passa dal fatto in se stesso, alla sua interpretazione. Più gravi e più numerose discrepanze s'incontrano riguardo ad altre forme, per esempio a quelle dell'occhio e del periostio.

La sorgente essenziale delle artropatie sarebbe anzitutto la blenorragia uretrale. Lo proverebbero la frequente coesistenza dei due stati morbosi; il ritornare delle artropatie ogni volta che torna in iscena la uretrite — per 2 sino a 7 e più volte —; le oscillazioni parallele, nel grado delle due malattie. Notisi però bene la uretrite blenorragica acuta, al paro di quella cronica la più scevra di specificità, più ancora, il semplice passaggio di una sonda, attraverso la uretra, basta a risvegliare l'artropatia. È indifferente che lo scolo duri da molto, oppure da poco tempo; più spesso, parebbe dovesse dapprima avere raggiunta la uretra profonda. Nella donna, dette artropatie sono più rare, e non è sicuro le si possano mettere proprio sul conto esclusivo, della uretrite oppure della vaginite.

La cosidetta diatesi reumatica, una qualche intossicazione generale - blenorragica, pioemica, — non possono spiegare la insorgenza

di codeste artropatie, nè ci è permesso oggidì d'invocare i *gonococchi*, che pur trovati una volta in uno spandimento articolare, mancavano affatto, nel liquido estratto dallo stesso soggetto, con una seconda puntura. E poi quando pure avessimo varie risultanze congeneri, tutte positive, ci resterebbero da interpretare le artropatie che si uniscono alla uretrite semplice. È verosimile la individualità, forse il linfaticismo, vi giuochino la prima parte, e la innervazione, che le uretriti turbano in tanti altri modi, vi abbia la parte complementare.

L'artropatia coglie circa un blenopatico su cento. Può investire ogni e qualunque articolazione, senza confronto quelle del ginocchio e le tibio-tarsiche, sono le prescielte. Ammalano pochi articoli, uno due, non ne abbiamo veduto ammalare mai, in grado rilevabile, con qualche insistenza, più di quattro, o cinque; di solito sono sempre dei maggiori. Alla uretrite acuta si accoppia prevalentemente una forma articolare acuta e viceversa.

Al sorgere di questa, massime se febbrile, il prodotto uretrale decresce; in qualche caso peraltro lo si è veduto aumentare. Per

lo più il modo di comparire è più brusco, la reazione febbrile, il dolore, più modici che nel reumatismo ordinario; la infiammazione è meno mobile, più fissa; coglie, in via ordinaria, esclusivamente le sinoviali, nelle quali abbastanza spesso si effettuano versamenti sierosi — idrarto —; il peri - ed - endocardio partecipano con molto minor frequenza al morbo; il reumatismo comune non comparisce sebbene l'individuo diventi blenorragico: la esposizione all' artropatia ad ogni infiammazione uretrale, è, si può dire inevitabile; però, negli intervalli, pur esponendosi l'individuo alle influenze reumatiche volgari, non ne avrebbe alcun nocumento. Non sempre l'artropatia si sviluppa al primo attacco di uretrite.

L'idrarto, l'artrite cronica, il tumore bianco — sinovite fungosa, — e tutte le conseguenze, in testa alle qnali, l'anchilosi, sono esiti possibili. Tuttavia, quantunque la evoluzione del morbo sia lenta, la risoluzione nel più dei casi, convenientemente curati, riesce tarda, ma completa.

All' artroflogosi acuta, si oppongano: mignattazione, cataplasmi, ma più di tutto l'assoluta immobilizzazione, mediante fascie ami-

date o con vetro liquido, dell'articolazione, con che viene allontanato, quasi subito, tutto, od in grandissima parte, il dolore.

Se l'infiammazione è meno attiva, le pennellature di tintura di iodio, ovvero le unzioni con unguento di iodoformio. Contro l'idrarto un vescicante a ferro di cavallo, subito sotto la rotula e, nel contempo, se l'irritabilità della uretra lo consigli, per 1-2 giorni, canfora per bocca. Contro la forma cronica la tintura di iodio, il massaggio, i bagni a vapore, le fangature solventi; gli iodini per bocca ecc.

ULCERA SEMPLICE — ULCERA VENEREA

ulcera non infettante

La ulcera semplice o venerea, è una perdita di sostanza, provocata da contagio di una ulcera analoga, mediante un *virus* che ognuna di esse elabora, e che la rende inoculabile quasi allo infinito e su chi la porta, e su altre persone anche se sifilitiche, nonchè

sopra taluni animali. Ne sono, si può dire, unica occasione le intimità carnali, quasi esclusiva sede, la sfera genitale. Non si riconoscono immunità naturali od acquisite di sorta. Non nasce spontanea. È inoculabile ovunque sieda, e dovunque la si voglia avere, così al ventre come al capo — ulcera cefalica. — Sul sito inoculato si suscita una flogosi ulcerativa acuta. Il suo raggio di attività si può spingere, nelle varie direzioni, soltanto fino alle più vicine ghiandole linfatiche. Nessun sintoma viene mai ad avvertirci di una sua diretta influenza nelle vene, nella massa del sangue, nel resto dell'organismo. È malattia meno espansibile, più localizzata della blenorragia.

Pus ulceroso potè, pure essiccato, serbare il suo potere elcogene — ἕλκος = ulcera — γίγνομαι = generare, per quindici e più giorni, perfino per sette mesi. L'acqua, i prodotti varii delle secrezioni fisio-patologiche, lo rendono più debole, in quanto lo diluiscono. Gli acidi, solforico, nitrico, idroclorico, acetico; i cloruri alcalini, la potassa, la soda, l'alcali volatile, l'alcool; le decozioni concentrate di tannino, il calore, la putrefazione, la gangrena, ne possono distruggere

la virulenza. Questa risiede negli elementi solidi, e la corrente odierna porta ad accusarne taluni minimi organismi.

È stato notato che il contagio accidentale è raro tra tessuti differenti, malgrado il loro addossamento il più intimo ed il più prolungato — esempi il prepuzio ed il ghiande, il collo uterino e la vagina. — Quando i tessuti sono simili, il contagio è frequente, quasi inevitabile — esempi, le pieghe del prepuzio, quelle dell'ano, le due faccie del meato uretrale. —

Il pus specifico, può dalla ulcera che lo genera, passare direttamente sul sito, dove svilupperà poi l'ulcera — contagio immediato —; altra volta ve lo porta un dito, una camicia, magari i genitali di persona intermedia, che rimane illesa — paradosso venereo —; uno strumento chirurgico, una seggetta, ecc -- contagio mediato. -- Se il pus contagioso arrivi sopra una preesistente soluzione di continuo — lacerazione, escoriazione, ecc — comincia esso difilato il suo lavoro di necrosi progressiva molecolare, che trasforma rapidamente quella lesione di continuo in una ulcera — ulcera d'*emblèe* —; se invece venga insinuato sotto

l'epitelio, in 12-24 ore, vi si forma una macchia che al secondo giorno è già una papula, al terzo una pustola ecc., se giunga in un follicolo sebaceo può suscitare una pustola sopra una base abbeverata, cioè una efflorescenza, che ricorda dapprima una papulo-pustola, indi una pustola di acne, e che, al quarto quinto giorno è già una ulcera. Se quel pus specifico cade sopra epitelio, e più ancora sopra epidermide grossa ed intatta, pure rimanendo sul sito, non attechisce. Solo quando l'ostacolo è molto sottile e pochissimo resistente, a furia di soggiornarvi, riesce a determinare, irritazione, rossore, macerazione dello epitelio od epidermide, e cosí si prepara la breccia — *foramen contagiosum,* — la quale gli permette di sollevar la papula, la pustola, ecc. — contagio ritardato. —

Preceduto ed accompagnato da una viva reazione, lo elemento eruttivo si fa strada a carico ed in seno dei tessuti. Questo *primo periodo* della ulcera dicesi *periodo di sviluppo* o *di distruzione* o *di progresso* o *di incremento.* Esso porta il frutto sino a maturità, la quale giunge subito che le attività e le passivitá nel bilancio della lesione,

si conguagliano — *acme* o *periodo di stazionarietà*. — Questo, dopo una due settimane può modificarsi, lasciando prevalere sulla necrosi la produzione, sino a che si viene al rimarginamento — *periodo di riparazione*. — Nelle ulceri artificiali, sui gatti, conigli, scimie, l'ultimo stadio può affermarsi e percorrere intero il suo tragitto da sè; nell'uomo è molto raro che ciò si effettui spontaneamente, quando avviene, la cicatrizzazione si compie in 3-4 settimane. La virulenza di una ulcera, si può calcolare affatto spenta solo quando è completo il lavoro di cicatrice. Questa di solito è visibilissima. Con essa cessa ogni pericolo di riapparizione di ulcera venerea *in loco*; se non avvenga un'altra infezione, la cicatrice non si ulcera.

La necrosi del tessuto alcune volte sfiora appena il derma — *esulcerazione*, — altre volte lo interessa più profondamente, infino a tutto, e può propagarsi anche sotto di esso. È vero che di solito le ulceri veneree hanno areola rossa, margini seghettati, a picco, scollati; fondo inuguale lardaceo, che secerne abbondante marcia; fondo molle o pastoso; ma è altresì certo che un numero

non piccolo di ulceri veneree si discosta da queste linee. — Per via di inoculazioni simultanee o successive avviene che, di regola, le ulceri veneree fanno compagnia all'individuo in buon numero, da 2 a 40 e e più. La linfite e l'adenite simpatica o semplice, ed ulcerosa o virulenta accomgnano molto spesso la ulcera.

L'essere sopra tessuti delicati, facili alla congestione, la poca nettezza, il temperamento sanguigno, l'uso inopportuno di rimedii irritanti, la pletora, gli eccessi venerei o dietetici, possono aggravare la infiammazione ulcerosa, rendere l'ulcera molto sensibile, molto colorata - *ulcera infiammata, erettistica,* - suscitare abbeveramento turgore del fondo e dei margini. La vecchiezza, la depressione fisica e morale, le cachessie debilitanti, le congestioni locali reiterate, la compressione da fimosi o da parafimosi, medicature irritanti, sfregamenti, alcoolismo, possono spingere più avanti la flogosi, sino cioè alla *gangrena.* Questa di solito si mostra nel periodo di formazione della ulcera, e si limita, per lo più, rapidamente, e colla vita dei tessuti estingue radicalmente la virulenza del male. Le sue

conseguenze di solito sono modeste, talora peraltro dà occasione a mutilazioni e a deformità di molta importanza.

Le molto forti irritazioni a danno della ulcera, la più parte degli stati patologici che deteriorano la costituzione del sangue — clorosi, anemia, scrofola, sifilide, scorbuto, malaria, cachessia, ipocondria, uso interno e largo del mercurio, prima di tutto l'alcoolismo - possono provocare intorno all'ulcera il *fagedenismo*. Questo ben di rado attacca la ulcera al primo suo apparire.

Esso non abbisogna, per insorgere, di modalità speciali nella composizione del *virus*, che è quello stesso di ogni altra ulcera venerea. Il fagedenismo non estingue la virulenza in tutta la ulcera. Questa, inoculata in un altro soggetto, può atteggiarsi ad ulcera molle e benigna, delle più comuni. Il fagedenismo ora progredisce con sintomi acutissimi, ora è mite. Può estendersi superficialmente ad archi, da un lato, mentre la soluzione di continuo si chiude dall'altro — *fagedenismo serpiginoso*. Può anche investire e distruggere tessuti profondi — *fagedenismo terebrante*. — I tessuti aponevrotici, muscolari cavernosi ecc., vi oppongono osta-

colo quasi invincibile. Iniziato il fagedenismo, pur rimosse le presunte cause, può esso continuare per settimane, mesi ed anni, suscitare distruzioni spaventose. Il dolore vi è forte, talora intollerabile.

Il prepuzio, il ghiande nell'uomo, la vulva, e l'osculo vaginale, sono le sedi predilette delle ulceri veneree. La vagina, l'uretra maschile nella fossa navicolare, il retto intestino - sino allo sfintere interno, — ne sono malati qualche volta, molto meno il collo uterino. Questo, alla sua superficie esterna, mostra alle volte varie ulceri ad un tempo. Qualche rarissima volta se ne sono trovate nel canale. L'*ulcera* venerea *extra-genitale* è rara, la *cefalica*, eccezionalissima.

Allo esame istologico della ulcera molle della pelle o di una mucosa, si incontra infiltrazione del *corion*, talora del connettivo sotto, da parte di elementi cellulari, che rapidamente subiscono la trasformazione granulo-adiposa. Indi vi si forma un più o meno grosso tessuto di cicatrice.

Si vedrà al capitolo riserbato alla sifilide primaria, come si possa distinguere la ulcera venerea dal sifiloma e dallo epitelioma. Nella pratica bisogna saperla distinguere in certi

casi dalla blenorragia, dall'erpete infiammatorio, dalle lesioni pustolo-ulcerative e violente comuni. Una ulcera nascosta sotto il prepuzio fimotico, oppure situata nella uretra o nel canale uterino, potrà, da parte propria, e dalla reazione che l'accompagna, dare uno scolo, che simuli una blenorragia. La scarsezza di questo, la poca omogeneità o la facile mescolanza con sangue, la esistenza di accidentali successivi innesti, la estensione, sede e direzione del dolore, la esistenza di un focolajo ulcerato, verificabile a mezzo del tatto direttamente, o con uno specillo o con entrambi — aumento di spessore, maggiore dolorabilità, detriti e sangue; — la maniera ed il numero delle adenopatie, la ispezione endoscopica, la inoculabilità dei prodotti, sono argomenti ottimi, la più spesso non tutti necessarii per la differenziazione —. Le vescichette erpetiche, erompono rapidissime, uniformi, pressochè contemporanee quelle di ognuno dei gruppi. Grandi come un seme di miglio o di canape, sono circondate ciascheduna ed anche il gruppo, da loro formato, da alone reattivo. Possono diventare più grandi perchè confluiscano assieme. Di solito poi essiccano ed anzichè un difetto di sostanza,

lasciano una squamma od un dischetto di squamme, il quale corrisponde alla ampiezza delle vescichette. Il dischetto può contenere marcia od anche sangue — crosticina. — La perdita di sostanza che esso lascia è infundibuliforme, sporca, senza tendenza ad ingrandire nè a dare innesti. Tranne i rarissimi casi dove lede il *corion*, l'erpete, non lascia cicatrice, nè traccia pigmentale. Solitamente non si complica ad adenopatie, o tutto al più è una ghiandola ad un lato od a tutti due, che si fa in grado leggero flemmonosa per rapidamente rimpicciolire; la suppurazione la si incontra pur anche, però con estrema rarità; in ogni modo il focolaio suppurato non ha nè la tendenza nè il prodotto della ulcera venerea. L'erpete, venga da fimosi, da poca nettezza, da mestruazione ecc., recidiva con facilità ed insistenza; importuna gli ammalati per questa insistenza, più che per i sintomi soggettivi — mite dolore, bruciore, prurito, — coi quali decorre

La *Phtyriasis* pubica, spinge spesso i suoi avamposti al petto, e sulle ciglia, sopraciglia e capillizio, e le lesioni di grattamento si espandono anche in una cotale estensione.

Sulle grandi labbra, sul pene, sullo scroto, suscita per lo più sintomi di eczema. L'acaro della scabie, ai genitali dell' uomo, più che in quelli della donna, provoca cunicoli, spesso sollevati da essudazioni vescicolo-pustolose e da papule ; il grattamento può aggiungervi le sue conseguenze. Le lesioni del *pruritus*, del parassitismo vegetale, i molluschi sebacei che ulcerano ecc., potrebbero ingannare; però un poca di attenzione che si rivolga sulla parte, e largamente tutto intorno, e sullo andamento delle efflorescenze ecc., basteranno per salvare dall' errore.

La manstuprazione massime, *invicem perfecta*, le violenze sopra i genitali a mezzo di anelli, legacci, cinghie, o da sproporzione tra l' organo maschile e le vie muliebri, l' intenso grado di salacia e di orgasmo sessuale provocano contusioni o strappi all' orificio prepuziale, al frenulo ed orificio uretrale, alla inflessione del prepuzio sul ghiande, secondo sia questo o quello il sito che va a subire maggiore distensione nel giuoco delle parti. Anche i peli della vulva, riescono a scalfire ed incidere talora l'orificio del prepuzio, più raramente il frenulo. Le lesioni da legacci ecc., sono facilissime ad es-

sere riconosciute. Quelle da strappo sono spesso giustificate da una condizione anatomica — fimosi, brevità di frenulo, ecc. —; sorgono al momento dello appagamento erotico, durante il quale può accusarle il dolore ed il sangue; non hanno tendenza ad ampliarsi, nè a moltiplicarsi, nè per lo più, a compromettere i linfatici; lo aspetto che esse hanno basta molte volte, per affermare a prima vista, che non possono essere ulceri veneree; guariscono per massima parte più prontamente di queste, e non sono disposte al fagedenismo, alla gangrena ecc.

L'asserzione, che, « ogni ulcerazione che inoculata al malato stesso riproduce una ulcerazione simile a quella onde deriva, è una ulcera venerea », non ha la sembianza oggidì di una legge, dal lato teorico, rigorosamente inattaccabile. Di regola, però, le inoculazioni cutanee di pus tolto a pustole, a piaghe diverse, dànno pustole che essicano in una crosta, che distaccandosi non lascia ulcera — false pustole. — La esiguità del numero delle eccezioni rafforza il principio; ma di ciò diremo in seguito.

Ne deriva che i facili innesti successivi, spontanei od artificiali, col prodotto di elaborazione di una ulcera, intrapresi prima che essa abbia perduto, o le sia stata tolta la sua contagiosità, valgono, pur oggi, quale mezzo di diagnosi.

La ulcera venerea è la meno grave delle forme venereo-sifilitiche. Essa ha meno complicazioni e più breve vita della blenorragia, e dà molto meno noja di questa. Non è causa di infezione costituzionale, che naturalmente non è chiamata ad impedire. Il fagedenismo, la gangrena sono complicazioni che raggiungono talfiata una tenacia ed una serietà veramente gravi, non sono però complicazioni che si osservino molte volte.

Oltre alla igiene generale e locale — nettezza, nessuna costrizione o compressione, ecc., — può convenire ora la medicazione abortiva, ora la metodica. Sino a tanto che perdura la virulenza, una ulcera si può moltiplicare sull'individuo, come sopra di altri e complicare variamente. Distruggere la specificità di una ulcera, farne una piaga, ecco lo scopo del trattamento abortivo, che si compie coi mezzi caustici od ectrotici — εκ-τρώειν, attaccare. — I più adatti sono:

il nitrato di argento in cannelli o meglio in soluzione satura — 11.00: 10.00 aqua —; l'acido nitrico monoidrato; la pasta carbo-solforica, che si ottiene con saturare carbone di legno dolce polverato, con acido solforico; la pasta di cloruro o di nitrato di zinco — 1.00: 3.00 farina. — Come il nitrato di argento, questa non distrugge l'epidermide; inoltre, il suo uso si accompagna a poco dolore, e si può proporzionare la grossezza dello strato, alla profondità che si crede di dover raggiungere; inoltre, lascia piaghe che hanno una tendenza estrema a cicatrizzare.

La medicazione caustica è da adottare contro le ulceri recenti, le atoniche, e fagedeniche, quando abbiavi pressochè inevitabile pericolo di contagio, massime per altre persone, oppure di bubboni — così, dato esistano ulceri sanguinolenti al frenulo — o di fagedenismo, dato che questo abbia travagliato altra volta il soggetto. Si deve agire uniformemente su tutto il prodotto morboso, distruggere in una medicazione sola la intera superficie ulcerata, pur cogliendola nelle sue parti più nascoste. Controindicano la cura abortiva: complicazioni

in corso — fagedenismo, gangrena — impossibilità di agire sopra la superficie ulcerata nello intero suo âmbito — ulcera uretrale, intrauterina, ecc., — la previsione che la cicatrice che surrogherà il tessuto ulcerato, più quello distrutto, possa portare nocumento alla parte — orificio uretrale, orificio uterino, prepuzio fimotico, — e quando l'aspetto della ulcera dia promessa di pronta guarigione. Una ulcera che diventa veramente piaga, può ritornare ulcera, se vi ricada germe di questa. — In pratica, la cura abortiva non raggiunge molte volte lo scopo, e non è spesso la più opportuna.

Poco meno che nella abortiva, nella cura metodica l'ammalato deve moderare la quantità degli alimenti e delle bevande, massime delle alcooliche, ed il moto: tenere monda la parte ulcerata e quelle attorno, senza mai esporre la prima a trazioni, a soffregamenti, a farla screpolare o peggio a sanguinare. In massima, la medicazione sulle mucose giova sia asciutta; quella sulla cute, può talora essere fatta con mezzi liquidi; gli unguenti, le sostanze grasse è bene sieno banditi. L'iodoformio occupa il primo posto tra i mezzi di riparazione. Antisettico

— non irritante, solvente, cicatriziale, alquanto anodino, lo si deodora convenientemente con Essenza di *Eucaliptus globulus* — gocce 3 su grammi 2 circa. — Comparse le buone granulazioni si può continuare collo iodoformio, oppure collo applicarvi due tre volte al giorno un fomento di aqua fenicata al 2 p °/₀ mediante bambagia salicilata al 4 °/₀. Taluno impiega sin da principio fomenti di Nitrato di argento — 1.00: 25.00 aqua. — Ma non sono sempre di facile applicazione; tradisce meno l' iodoforme coll'odore che non il nitrato di argento con le macchie. Il nitrato di argento disciolto in varia proporzione, oppure in canelli, non si presta per tutti gli stadi; se irrita l' ulcera di soverchio e la infiamma, può agevolare la comparsa dell'adenite; del resto, per distruggere granulazioni lussureggianti, ipertrofiche, edematose; per ridestare una ulcera intorpidita, serve egregiamente. Il Cloralio sciolto nell' aqua — 1.00: 25,00 — l'Acido salicilico in polvere a sè o colla Vasellina bianca — 1.00: 4.00. — Il Salicilato di soda, lo Spirito Canforato, la Canfora a sè oppure sospesa in mucilaggine gommosa ed aqua — 1.00: ana 10.00, — il Tartrato

ferro-potassico nell' aqua — 1.00: 4.00 sono buoni cicatrizzanti.

Data una ulcera al pube, è bene radere i peli. La medicazione di una all'orificio del prepuzio, può essere tenuta in sito da un pezzetto di guttapercha, che venga serrato da una parte tra ghiande e prepuzio, dall'altra fissato su questo mercè pennellature di cloroformio. Le ulceri alla lamina interna di prepuzio fimotico, dopo i lavacri abbondanti d' aqua fenicata al 1 p $^{0}/_{0}$ migliorano colle iniezioni di soluzione di nitrato d' argento — 1.00: 40.00 — che si può imprigionare per entro mediante una ciambella di bambagia incuneata tra prepuzio e ghiande. Con un poca di pazienza si può in questi casi mediante una sonda, un pennello od un insufflatore insinuare polveri curative.

Nelle ulceri del frenulo, che spesso lo perforano, e talora non cessano se non ne hanno distrutto per intero la inserzione al ghiande, bisogna non stiracchiarle; se quello è perforato, se ne tronchi la briglia residua con la forbice o meglio con una legatura elastica; o lo si tagli tra due legature cauterizzando tutta l'ulcera. Se questa è all'orificio uretrale, mediante uno stuello di bam-

bagia e ripetuti lavacri, si deve impedire l'innesto dall'altra, parte: possono essere appropriati all'uopo dei cilindretti di iodoforme, che si possono mantenere benissimo in posto con un pezzo di foglio di guttaperchа assicurato sotto il prepuzio, e, nei circoncisi, mediante cloroforme.

Si verifichino o fagedenismo o gangrena, bisogna studiarne i moventi nello individuo. Potrà darsi che si debba diminuire l'uso degli spiritosi ed il moto; correggere la nutrizione generale se deteriorata ecc. La accurata polizia, gli anafrodisiaci, una posizione che secondi meglio possibile il deflusso venoso, i sbrigliamenti nella gangrena, sono talvolta di tornaconto. Le preparazioni Mercuriali, l'Ioduro potassico, l'Estratto aquoso di opio - 0.08-0.90 in 24 ore - avrebbero corrisposto in qualche caso di fagedenismo. Localmente: la Canfora, l'Iodoformio, il Tartrato ferrico - potassico, una soluzione concentrata aquosa di opio, la polvere di china, quella di carbone, l'estratto di saturno con aqua, e tintura di opio - 2.00 : 100 : 5.00 -, il bagno faradico, la irrigazione continua con acqua semplice o fenicata, la distruzione della intera superficie ulcerata col caustico

attuale o col potenziale, il decotto del Pollini, ecco lo elenco, troppo lungo, dei mezzi a favore di uno o dell'altro dei quali si decantarono successi. Ma è una ricchezza che nasconde una grave miseria, ed il clinico prudente non si sbraccia certo per nessuno di tali mezzi. Il fagedenismo, può resistere contro medicature differenti, giustificatissime, per arrestarsi un bel momento da sè stesso.

Contro tutto, può esso farsi cronico e durare ribelle mesi ed anni. I bagni di mare, le aque solforose o bromo-jodate, il cangiamento di abitudini, di clima, guarirono ulceri fagedeniche, che aveano resistito a tutti i rimedi. Certe malattie intercorrenti, ad esempio la risipola, possono dare identico risultato.

LINFO-ADENOPATIE

secondarie

a Blenorragie e ad Ulceri Veneree. — Buboni. — [1])

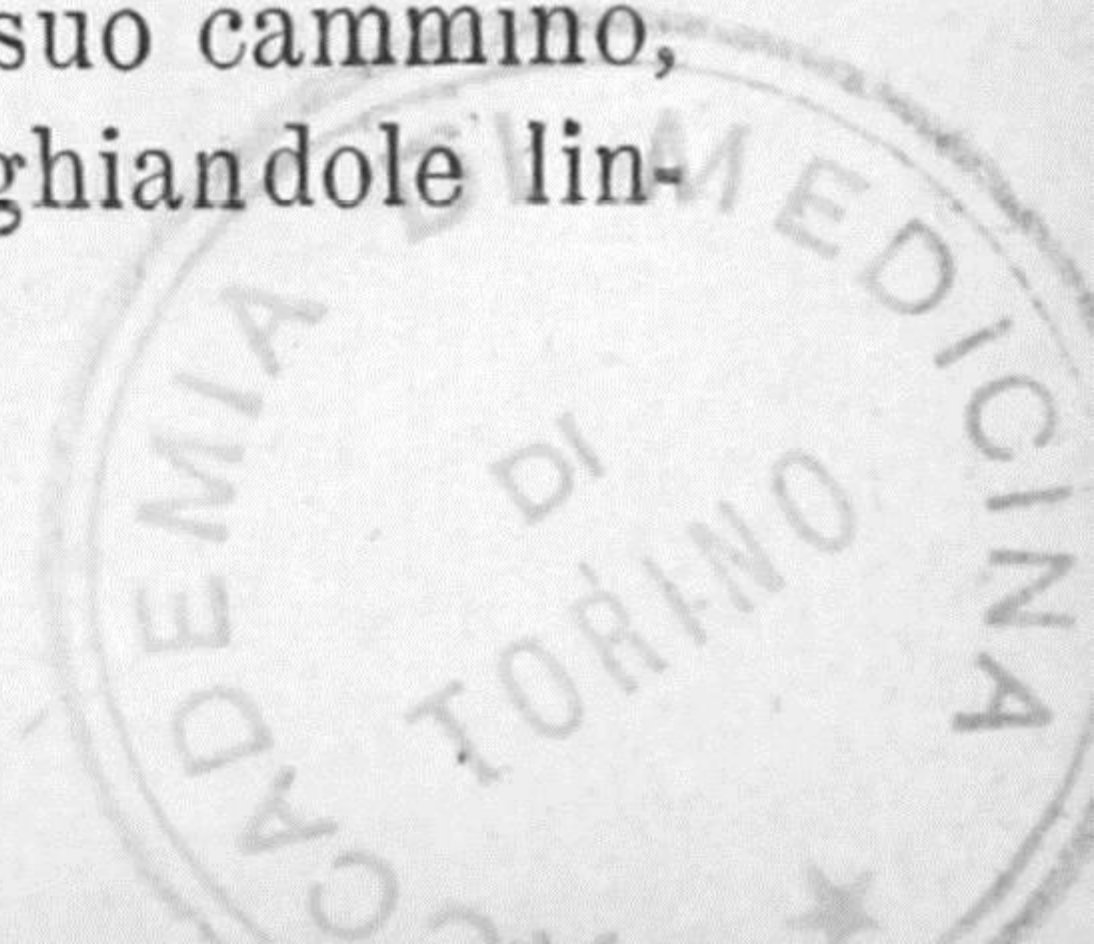
Nella cute e nelle muçose, i vasi linfatici decorrono più superficiali di quelli venosi;

[1]) βουβων, inguine.

specie poi ai genitali sono di questi assai più numerosi. Dagli interstizii cutaneo - mucosi, la linfa, con una pressione uguale alla intravenosa, cammina lenta; vieppiù tarda in seno alle ghiandole, qua e là interpolate ai vasi. Quelle con ciò risentono più facilmente le influenze irritanti delle sostanze contenute in detto umore.

Come si sa, fin da principio di una flogosi aumenta la quantità e densità della linfa che parte dal territorio flogosato. Essa linfa può trascinare in seno alle ghiandole, in determinati casi gocciole di grasso, ematie, granuli di cinabro, d'inchiostro di china, di fuliggine, di carbone, di silice, di ossido di ferro, cellule di marcia, cellule epiteliali. Sopra una cute delicata, un bruco che vi passi sopra, può destare una linfite. Un vecchio focolajo di origine infiammatoria, da molto tempo inavvertito, può per eccesso di lavoro muscolare, cioè di riduzione organica e di attività nella corrente linfatica, far ingrossare la ghiandola che ne riceve la linfa.

La linfa quando è più abbondante, più plastica, procede più lenta nel suo cammino, ristagna in seno ai vasi alle ghiandole lin-

fatiche, e colla irritazione che vi apporta riesce ad infiammarli. Tale linfa può derivare così, da una piaga semplice, da un' erpete, da un' eczema, da un catarro contagioso o meno degli organi genitali e della congiuntiva e dell'ano, come può parimenti risentirsi dello elemento flogistico che accompagna necessariamente una ulcera venerea — *linfite* ed *adenite semplice* o *simpatica.* — Che se s' insinui poi nel vaso linfatico o nella ghiandola il *virus* della ulcera venerea e vi si determini una specie di inoculazione, allora ne segue la *linfite* e la *adenite ulcerosa.* Questa ultima maniera di linfite e di adenite secondaria, accompagna del pari la sifilide primitiva e si addimanda per l' uno e l'altro caso *linfite* ed *adenite da assorbimento.* Provengono è vero da assorbimento anche le linfiti e le adeniti simpatiche, ma in queste ultime lo assorbimento si riferisce a qualche cosa di estraneo all' organismo, a dei *virus*; trattasi cioè di *linfiti* e di *adeniti virulente.* Avviene qualche rara volta che per l'appunto il *virus,* quello della ulcera venerea e quello della sifilide, convengono in una stessa ghiandola. Ognuno di essi vi può suscitare nello stesso tempo

particolari lesioni, d' onde la *linfite* e l'*adenite mista*. Nelle adeniti da assorbimento, la periadenite è sempre, necessariamente, successiva all'adenite. Ove ammalino ghiandole che la scrofola tiene disposte alla iperplasia granulomatosa, queste diventano strume — *adenite strumosa* od *iperplastica*. — Anche la adenite simpatica e la blenorragica, con tale coefficiente, arrivano talfiata alle stesse risultanze.

Come la scrofola e la leucemia, così la sifilide suscita ingrossamenti ghiandolari in varie regioni del corpo — *adeniti costituzionali*.

A tutt'oggi non abbiamo prove assolutamente sufficienti per ammettere che il *virus* della ulcera venerea, come pure il sifilitico, possano arrivare in seno ad una ghiandola, suscitarvi una infiammazione specifica, senza avere destata sul tegumento cutaneo e mucoso, che alimenta quella stessa ghiandola, una qualche reazione, che accusi per dove quello si è insinuato — *bubon d'emblée* —.

Le linfopatie veneree, risiedono quasi esclusivamente nei dipartimenti inguinale, crurale e genitale. La linfite è frequente nei vasi che corrono in seno al cellulare

sottocutaneo dell'asta e delle grandi labbra. Nel prepuzio, nel corpo e radice dell'asta, i linfatici ammalati si avvertono al tatto quali cordoni grossi quanto una penna di pollo o di pollo d'India, spesso più rigonfi in corrispondenza alle valvole - *bubonuli*; - decrescono di numero verso la radice dell'organo. Il connettivo che li circonda alle volte si abbevera, si infiamma —*perilinfite*—; la cute soprastante si fa rossa ecc; nelle erezioni possono venirne dolore ed incordamento. Spessissimo il grado della linfite è in ragione inversa a quello dell'adenite. Nella ghiandola si compie essudazione e proliferazione; da ciò turgore, distensione dolorosa, dolore al movimento ed al tocco. Piccoli focolaj di suppurazione possono dileguare per riassorbimento; ciò quando si tratti di adenite semplice, la quale suscita una irritazione che, di solito, non è molto viva, e quando manchi la cellulite periglandolare — *periadenite*, — che suole turbare il circolo venoso-linfatico di ritorno. Del resto la linfite come pure la adenite semplice, dalla costituzione linfatica, dagli eccessi, da medicazioni troppo irritanti, possono essere spinte alla suppurazione, alla iperplasia, e raggiunta

questa, possono suscitare una periadenite produttiva o suppurativa. Ma per lo più raggiunta la fase dello indurimento, il morbo si arresta e si risolve. Dopo una prima ghiandola, rare volte ammala, della stessa guisa, una seconda. Il pus così della linfo-adenite semplice, come della cellulite attorno, è destituito di qualsiasi proprietà contagiosa.

L'adenite ulcerosa è più frequente nell'uomo, più nei casi di ulceri profonde, facili a sanguinare, inasprite da igiene e medicazioni improprie. È stata osservata in pressochè tutti i gangli superficiali, mai negli intrapelvici, più che tutto negli inguinali, poi nei crurali. Di rado coglie simultaneamente i due lati, per lo più ferisce a quello occupato dalla ulcera: talora, grazie le anastomosi, verificasi al lato opposto. Di regola, nel gruppo delle ghiandole più vicine ammala quella collegata anatomicamente colla ulcera. Il morbo inizia alla seconda, terza settimana dopo sorta questa. Se ammala un linfatico, ciò avviene vicino ad una valvola; se una ghiandola, la flogosi è parimenti molto viva, e porta fatalmente alla suppurazione, proprio come se la secrezione della ulcera fosse stata depositata entro al ganglio,

mediante una lancetta. In via generale ammalata di tal guisa una ghiandola, questa salva le altre successive; se poi una di queste infiamma e suppura, di regola quel pus non è inoculabile. Egualmente sino a tanto che la capsula ghiandolare è intatta, il pus della eventuale periadenite non è virulento, ed innestato fallisce,contrariamente a quanto avviene col pus intragangliare.

In otto dieci giorni, con o senza febbre, con o senza periadenite, il bubone suole diventare un ascesso maturo. Apertosi od inciso, può in due tre giorni assumere intero lo aspetto di una ulcera venerea. Come questa può farsi innestabile, emorragico, atonico, fagedenico e gangrenoso ; più di questa, suole dare adito alla formazione di scollamenti cutanei estesi, e di seni, e di fistole; può dare occasione a strume, a deperimento, alla piemia, alla infiammazione del testicolo e del peritoneo, quando quello fosse ancora nel tramite inguinale.

La evoluzione completa di una ulcera venerea ghiandolare, può compiersi in quattro sei settimane, ma alle volte dimanda mesi ed anni.

La linfite del pene è facile a rilevare. Pa-

recchi vasellini prepuziali che sieno infiammati, e fissati assieme da cellulite, possono costituire placche di tessuto alquanto indurito. La linfo-perilinfite situata subito sopra il solco glandare, può fissare la lamina interna del prepuzio alla guaina del pene, agevolare lo sviluppo del parafimosi, renderlo irreducibile. Al dorso dell'asta la linfo-perilinfite semplice si ordisce a rilento, non raggiunge per lo più la suppurazione. La linfo-perilinfite ulcerosa in 3-10 giorni vuota attraverso la pelle il suo prodotto, e diventa una vera ulcera.

Il bubone può venire scambiato con una ernia, con un' aneurisma, con un' idrocele del funicolo, con una orchite — nel criptorchismo, — con una varice della safena, con un sarcoma inguinale, ecc.

Allora che esistano ad un tempo ulceri veneree e bubone, in provincie collegate direttamente tra loro da vie linfatiche, questo è probabilmente ulceroso: se la ulcera sussiste ancora, o se è da poco cicatrizzata; se l' adenite è stata molto acuta, e la fase di rammollimento incomincia e si diffonde rapidamente; se vi abbia anche periadenite, con tendenza parimenti molto a-

cuta. Il bubone ulceroso si apre facilmente da sè. All'evacuazione del prodotto segue un pronto abbassarsi dei tessuti. L'adenite semplice è meno acuta, non tende fatalmente a suppurare. Il pus del bubone ulceroso è sanioso e mescolato a sangue, quando l'adenite simpatica fornisce un pus flemmonoso, di buona natura. La piaga dell'adenite ulcerosa prende presto e quasi ad un tempo nei vari punti, i caratteri di una ulcera venerea; i seni, le fistole, il fagedenismo ecc. vi sono più facili. È raro la piaga del bubone semplice ingrandisca, e dia adito a seni a fistole; il fagedenismo non l'attacca mai. La differenziazione in rari casi è possibile solo mediante lo innesto [1]).

Il Pronostico dell'adenite ulcerosa è più grave di quello della semplice. La costituzione, le complicazioni, vanno, valutate a

[1]) Sappiamo che la inoculazione del pus di un bubone ulceroso, fatta immediatamente dopo la sua apertura, dà pressochè sempre, un risultato negativo. Ricord (1836) sopra 338 buboni ulcerosi, inoculati il giorno dell'apertura, ha ottenuto 63 risultati positivi. Recentemente Strauss (1885) à confermato la verità del fatto, che recenti dottrine di Hortloup e di Aubert non spiegano in modo persuadente. — Vedi nella Rivista Veneta 1885 — Rivista Sifilografica.

parte. Il bubone che segue ad ulcera fagedenica, di solito tende del pari al fagedenismo.

La linfite, la perilinfite simpatica, si combattono con unguento di Iodoforme e Vasellina -- 1.00: 10.00, - con unguento mercuriale mite, con tintura di iodio a sè, o mista con quella di galle - 3-00: 2-1.00. - I fomenti di aqua saturnina o fenicata, il massaggio, la parziale esportazione del prepuzio fimotico possono essere indicati.

Nella linfite ulcerosa si può aprire prontamente la tumefazione per poi medicare la nuova superficie, come una ulcera venerea.

Quando una cura impropria della ulcera non ha bastato a prevenire l'adenite, si può pensare a far retrocedere questa. *La medicazione abortiva* ha maggiori probabilità di riuscire quando la si faccia nei primi giorni - 4-6 - del morbo; quando non possa venire frustrata da periadenite e da agenti irritanti la parte, nè da influenze costituzionali; nè sia suscitata, secondo la più corretta presunzione, da assorbimento di *virus* ulceroso. Il riposo, la dieta limitata, sono necessari per la riuscita. Ad ottenere questa: 6-12 mignatte sul sito — se per caso

l' adenite fosse ulcerosa potrebbero apparecchiare la via ad innesti; — la vescica di ghiaccio a permanenza, da evitare nei reumaticí, sofferenti di petto ecc.; - le pennellature con tintura di iodio a sè o mista a tintura di galle — 2,00: 1.00 — e se la pelle ne soffre troppo, unita invece con tintura di Belladonna — 3.00: 100; — buono è altresí l'iodio unito alla glicerina a parti uguali. Se il soggetto e la parte sieno più resistenti, le ripetute strofinazioni con cannello di nitrato di argento bagnato, fatte sulla pelle quanto è estesa la ghiandola; la applicazione di un vescicante volante, che la oltrepassi alquanto tutto intorno; la compressione continua, meglio che tutto, a mezzo di cinque a quindici ettogr. di pallini da caccia, evitando il forte dolore, sono mezzi di efficacia incontrastata. La tintura di iodio, i pallini, il vescicante, ci sembrano gli abortivi migliori. Si può anche sollevare la ghiandola contro la pelle, penetrare in essa, con un bistoury sottile, poi, per la stessa via con uno specillo bottonuto dilacerarne i vasi, facendo uscire il più che si può di sangue. Senonchè, anche con questo mezzo, come colla mignattazione, si può apparecchiare buon ter-

reno alla eventuale ulcerazione. In ogni modo questo metodo, sebbene efficace, è poco seguito.

La puntura e lo sbrigliamento della ghiandola non danneggiano la parte, anche se vi fosse nella ghiandola qualche piccolo ascesso — incisione precoce —; aggiungendovi in seguito la compressione, il riposo, si può vedere l'adenite ripiegarsi su sè stessa, e cedere affatto.

Quando la ghiandola è convertita in un ascesso, abbiamo avuti buoni risultati col vuotare la ghiandola con uno aspiratare dilavando poi con aqua fenicata la cavità. Talora, senza magari dolore, si riproduce la raccolta marciosa, allora si ripete l'operazione. L'antisepsi, la compressione coronano questo metodo di cura.

Il bubone semplice suppurato, talune, sebbene rare volte, l'abbiamo veduto svanire anche da sè.

Nell'adenite ulcerosa suppurata, nell'adeno-periadenite, comunque insorta, quando si è arrivati a completa fusione, si intraprenda una incisione lunga quanto la raccolta, nel diametro maggiore di questa. Più spesso del taglio crociato, conviene, se i margini sieno

molto usurati, esciderli, massime l'inferiore. Se il lembo di pelle sollevato, è sano e molto ampio, può esser utile che la spaccatura cada verso il contorno sul lato più declive. Talora una o molte ghiandole pescano nella marcia. Se sono grosse e compatte, oppure caseose, o suppurate, giova, muniti di ogni precauzione antisettica, estirparle totalmente od almeno per buona parte, e raschiare il resto col cucchiajo. Eventuali buboni emorragici, oltrechè coi presidi preaccennati, potranno essere tenuti su buona via col mezzo del Percloruro di ferro al 30,° del Cloruro di zinco al 3 — 7.00 p 0/0, del termo-cauterio. La compressione, la torsione di vasi, assai di rado sono reclamate.

La posizione dell'operato deve favorire la uscita della marcia e impedire che si insinui sotto la pelle. I lavacri fenicati e stimolanti, qualche tocco con nitrato di argento, sogliono bastare per la cicatrizzazione di un bubone semplice. Se esso diventa una ulcera, lo si cura coi mezzi che s'impiegano contro di questa.

Quando non si abbiano saputo prevenire gli scollamenti, i seni, le fistole, pur colle pennellature e colle iniezioni di tintura di

iodio, di nitrato d'argento, si adottino per tempo le controaperture, le escisioni, le spaccature collo scalpello, col laccio elastico. I mezzi di dilatazione lenta — spugna e laminaria, — il drenaggio meritano più raramente d'essere usati. I mezzi più blandi non vanno troppo accarezzati. Nei casi di strume le fasciature compressive, il massaggio, i bagni generali antistrumosi, dânno effetti pregevolissimi. La iperplasia del connettivo sotto la pelle, intorno ai muscoli ed ai vasi ed a carico di quello delle fascie, può pure da queste misure, ritrarre qualche beneficio. La estirpazione di ghiandole, la escisione di stralci connettivali, sono spesso richiesti.

VEGETAZIONI

Condilomi acuminati. — Papillomi.

Sono escrescenze, a rigore, nè veneree nè sifilitiche, che si elevano precipuamente sulle mucose degli organi genitali e cute attigua, in seguito ad irritazioni leggere, lungamente continuate. Sono caratterizzate

dalla ipertrofia delle papille ed epitelio di rivestimento, in proporzione rispettivamente varia. Tranne che nelle maggiori masse, mancano in esse i filamenti nervosi. La osservazione clinica rigorosa ne esclude la contagiosità.

Si incontrano maggiormente negli uomini: più nelle persone che abbiano sofferto, oppure soffrano di fimosi, di balano-postite, uretrite, vulvite, ulceri veneree. L'accumulo e decomposizione del sebo nella camera prepuziale e nella vulva, la poca polizia, il diabete, un catarro, un eczema a corso lungo, pure in bambini di pochi anni e perfino di pochi mesi, hanno talora valso a suscitarne.

Autori antichi le appellarono *carnositates*, *thymi*, *formicæ*, *cristæ*, *mariscæ*, ecc; i moderni *porrifichi*, *cavolfiori*, *creste di gallo*, *more* ecc., secondo la forma. Questa in gran parte, come pure la grandezza loro dipendono massime dalla sede di emergenza e dalle eventuali compressioni che vengono a subire. Nella sfera genitale, risiedono più spesso ai lati del frenulo, al solco glandare, all'orificio della uretra, su altri punti del ghiande, sulla cute del pene, dello scroto,

delle coscie, del perineo, dello infondibolo anale, ed all'orificio dell'ano. Queste ultime parti ammalano più soventi nella donna, nella quale se ne vedono più frequente alla vulva, meno sulla vagina, all' orificio e nel canale uretrale, alla superficie esterna e interna del collo dell'utero.

Detti papillomi, ora *sessili*, ora *peduncolati*, ora *semplici*, ora *con* uno o più ordini di *ramificazioni*, hanno uno accrescimento graduale, progressivo; non subiscono mai spontanee involuzioni. Lo attrito, il calore, le secrezioni, li espongono a macerazioni a rammollimenti, ad emorragie ed infiammazioni di ogni grado, e con ogni esito. I tessuti attorno vi esercitano una influenza, che viene loro ricambiata. Da ciò le postiti flemmonose, gangrenose, le ulcerazioni fetide all'ano ed al ghiande, la possibilità di adeniti, di febbre, di anoressia di dimagrimento, ecc.

I papillomi in discorso possiedono una attitudine straordinaria a ripullulare.

Vedremo come si possano distinguere dalle papule umide: sull'asta furono confusi alcune volte collo epitelioma. L'epitelioma è più frequente nei vecchi, esordisce con un

solo focolajo, che è un tubercolo, che poi si ulcera; a ridosso di questo tutto intorno nuovi tubercoli ampliano il focolajo. Ingrossano intanto una e poi parecchie ghiandole, vicine. Seguono dolori trafittivi e lancinanti sul focolajo neoplastico, che può avere base ed orli duri, grossi, lievemente sottominati; il tutto progredisce con qualche lentezza, attalchè gli ammalati si presentano al medico solo dopo mesi ed anni di malattia. Le vegetazioni sono più frequenti nei giovani; cominciano per lo più con vari focolai che crescono in forme varie, sui diversi punti; per conto proprio, non hanno tendenza ad ulcerare nè a compromettere i linfatici, nè a dare dolore; la loro vascolarizzazione può essere vistosissima; escisi, le ferite, si chiudono rapidamente; il deperimento generale, la cachessia possono verificarsi stante gli assorbimenti settici e la febbre, sono tuttavia estremamente eccezionali, ed al caso hanno un corso assai più rapido, che non quando si tratti di cachessia cancerigna.

L'acne, il mollusco sebaceo, le pliche perianali ipertrofiche, i nodi emorroidarii, si possono con qualche attenzione distinguere bene dalle vegetazioni. — La clinica ha dimostrato

la possibilità del passaggio del papilloma in epitelioma. — Nella vagina delle gravide, la congestione suscita delle elevatezze papulose, disseminate, di solito numerosissime, che possono subire la macerazione dello epitelio, e che, espletato il parto, in poche settimane svaniscono per intero.

Sono molto rari i casi di prognosi riservata e più ancora di prognosi infausta; in via ordinaria le vegetazioni sono prodotti di poca importanza e di facile cura.

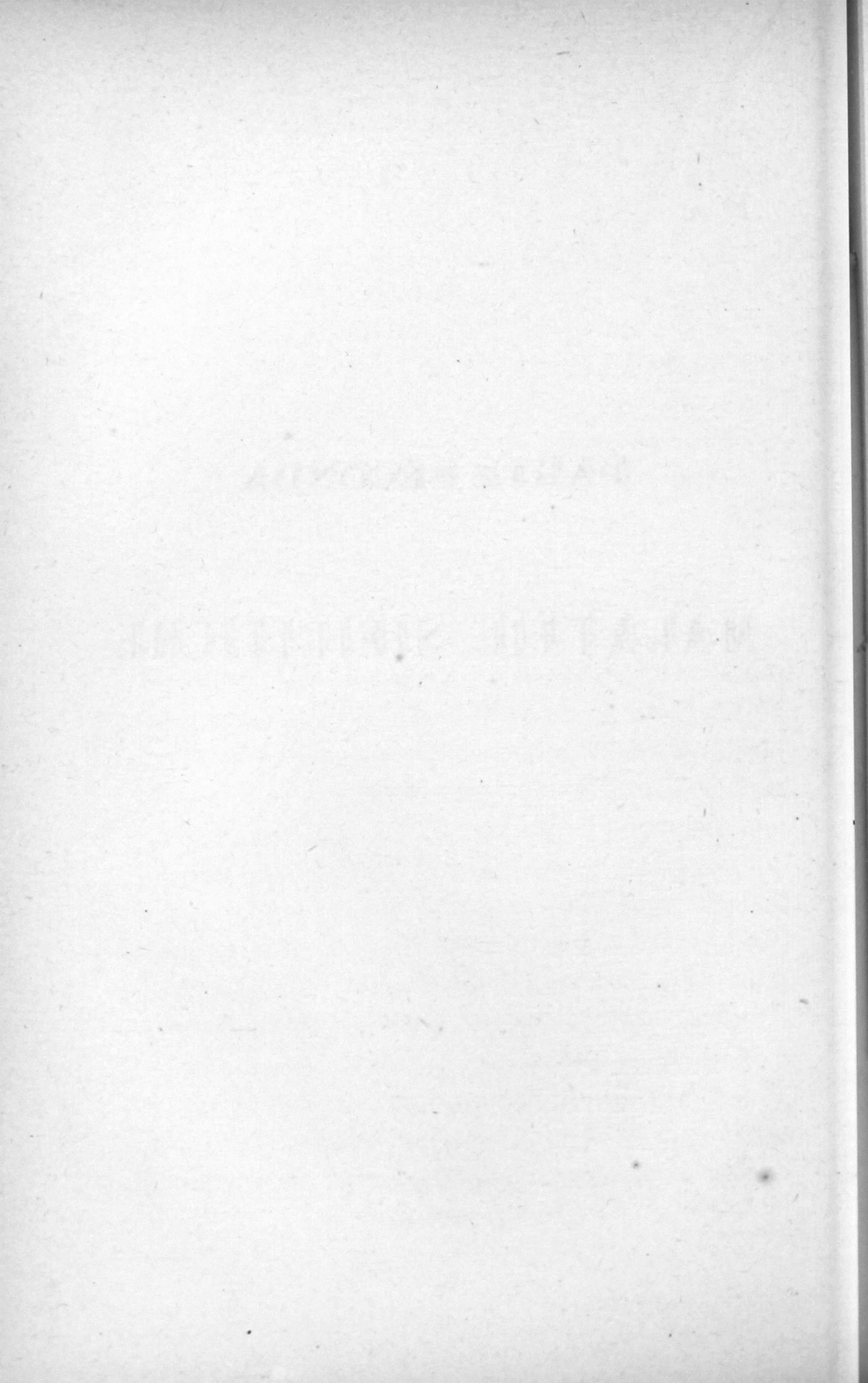
Si devono allontanare le cause di irritazione. Se risiedono sui genitali di donne gravide, e sieno molto sviluppati, si usino i detersivi, gli astringenti — Cloruro di ferro, o di zinco; — se per le complicazioni o molestie molto gravi che mantengono, o perchè, presumibilmente, possano rendere difficile o pericoloso il parto, li si debbano allontanare dai genitali muliebri, anzitutto non lo si faccia col tagliente e si veda di premunirsi, facendoli prima avvizzire o corrugare - legandoli, ecc. - dalle possibili emorragie, che, nelle gestanti, potrebbero avere fatali conseguenze. Le *papille ipertrofiche* della corona del ghiande, come le *vegetazioni granuliformi* in genere, possono ca-

dere sotto l'uso del calomelano, dell'ossido di zinco o dei fomenti astringenti. L'acido fenico, nella sua deliquescenza ordinaria, o con qualche goccia di alcool, l'acido nitrico monoidrato, il cloroidrico, il deutoclor. di mercurio in soluzione aquosa od alcoolica satura — 1.00: 3.00 — vanno usati contro le prominenze alquanto maggiori. Si cerchi di insinuare il caustico, a mezzo di uno stuzzicadenti intriso alla punta, nello interno del tumore o meglio, lo si distrugga alla base. Quando sono grandi come un grano di *mais* e più ancora, e sono molli, e numerosi, si presta bene l'uso del liquido del Plenck — Deutocl. di merc., Allume crudo, Carbonato di piombo, Canfora, Spirito di vino, Aceto di vino ana, — oppure una mescolanza di Polvere di Sabina, ed Allume a parti uguali, da impiegare ripetute volte, per cospersioni. Se duri, non molto grandi, o peduncolati, si pratichi la escisione. Ve ne sono di assai fragili che si lasciano allontanare con un leggero raschiamento. Contro taluni grandi e molto vascolarizzati, si ricorra alle legature in massa o parziali colla mira di esportarli dalla base, senza ledere troppo la pelle attorno, e ciò, più che tutto, per non

suscitare soverchia reazione nervosa. La galvanocaustica, il termo-cauterio, sono pure mezzi che in qualche caso di vegetazioni si è contenti di poter utilizzare. Tra tutti i mezzi quello però, che dà i migliori risultati è la escissione. Con una piccola forbice curva a cucchiaio, si deve allontanare il ristretto tratto di tessuto d'onde esce il papilloma. Il dolore può esser mitigato a mezzo del Cloroidrato di Cocaina — 4 p % —; comunque dura poco. Non ha seguito di infiammazione; e la guarigione si effettua pronta e duratura. Le applicazioni detersive astringenti, ecc., possono combattere poi il momento causale e concedere poi il risanamento definitivo.

FINE DELLA PARTE I.

PARTE SECONDA

MALATTIE SIFILITICHE

MALATTIE SIFILITICHE

GENERALITÀ

Si designa sotto il nome di *Sifilide*, una malattia virulenta, contagiosa, inoculabile, costituzionale, suscettibile di trasmettersi per eredità; capace di attaccare, nella durata indefinita del suo processo, tutti gli organi, tutti i tessuti della economia, facendovi nascere, ad epoche diverse, delle lesioni multiple e svariate, delle quali i tre tipi generatori i più specifici sono, nell'ordine della evoluzione ordinaria, anzitutto il sifiloma, poi la papula, infine il tubercolo e la gomma (Mauriac).

La Sifilide è dunque una malattia d'infezione. Essa si trasmette mercè di uno speciale *virus*, per contagio, o per eredità.

Il contagio succede da parte di alcune manifestazioni patologiche, e del sangue.

Inoculata la materia contagiosa, la investigazione scrupolosa ed armata, per 2-4 settimane, non consente di rinvenire il più piccolo indizio del morbo, che si svilupperà — *prima incubazione, incubazione del sifiloma.* — Proprio sul sito dove era stata deposta, e vi sembrava addormita la materia insidiosa, sorge dappoi, a rilento, una alterazione — *Sifiloma,* — alla quale tiene prontamente dietro, lo ingrossare delle vie linfatiche anatomicamente le più vicine. Con ciò si completa il quadro della *sifilide primaria.* Questa, manca regolarmente nelle infezioni consumate nello interno della cavità uterina — sifilide ereditaria; — per quelle invece che si maturano al di fuori di questa — sifilide acquisita, — la forma primaria è la prima tappa del morbo, lo efficiente necessario di esso, il fatto senza del quale, non è possibile la intossicazione dell'organismo.

Dalle vie linfatiche più vicine, la compromissione successivamente si diffonde; inturgidiscono quelle palpabili superficiali, e parimenti quelle profonde, cavitarie. In-

tanto il germe infettivo si impadronisce e del sangue e dei tessuti di tutto l' organismo. E ciò nel lasso di uno a tre mesi di lavoro incessante, subdolo, magari nel silenzio il più completo di ogni sintoma o con segni che rompono la quiete monotona solo negli ultimi giorni, quando codesta fase — *seconda incubazione, incubazione della sifilide costituzionale,* — ai poco attenti, poco rivelatrice, è sul finire.

Tosto che il seme morboso si è accumulato da superare la resistenza dell' organismo, dà esso l'indizio della saturazione organica. Precedute per lo più da sintomi prodromici, compariscono cioè lesioni che accusano il disequilibrio, lo stato generale virulento, e mettono in rilievo le possibilità dell'avvenire.

Tali alterazioni, svariate nello aspetto e nel decorso, rappresentano sempre il risultato di una flogosi cronica. Ingruiscono tutte e sempre, nella trama congiuntivo - vascolare, che deriva dal foglietto blastodermico medio. Di seconda mano, le fibre muscolari, le fibre nervose, gli elementi insomma specifici dei varii organi, dei varii tessuti, possono essere compressi distrutti, ma il danno

parte sempre dal congiuntivo. È in questo che si compie la infiltrazione morbosa, che a breve andare, può travolgere in rovina gli elementi anatomici da esso rivestiti o coperti.

Questa infiltrazione consta dei comuni elementi linfoidi, che si raggruppano in focolaj. A morbo recente per lo più sono questi in numero grandissimo; man mano il morbo invecchia, scarseggiano di numero, e di pari passo si fanno profondi e cospicui ognora più. Siedano, nei tegumenti oppure nella trama dei visceri e degli organi, rappresentano delle macchie, dei noduli, perfino delle piastre di infiltrazione, ed una specie di tumori. La risoluzione, le ulcerazioni, la eliminazione necrotica, la sclerosi, possono in varia guisa, con varia vicenda, attaccarli, distruggerli, distruggere il tessuto normale tra essi compreso. Le foggie le più diverse di efflorescenze, si susseguono, si incalzano, si mescolano assieme. Ne viene una malattia talora strana, nei varii soggetti calcata in modo diverso, e non per proprietà intrinseche del *virus*, quanto per quella risultante di resistenze e di vulnerabilità, che costituiscono nella patologia, l'individualismo.

Questo morbo specifico cronico, *totius substantiæ*, in un individuo si fa vedere per tre quattro mesi; turba e tormenta un'altro per altrettanti anni e decenni; in taluno visita la sola pelle, in essa nasce e senza dare molestie si esaurisce; in tal'altro ferisce la pelle, le ossa, il cervello, ecc.

La sifilide è senza confronto la malattia, che, oltrechè essere tanto insistente e svariata nei grado e sedi dei suoi attacchi, è anche la più capricciosa, la più proteiforme. È stato detto che essa può simulare qualunque altro morbo, e, inteso con alquanto di discrezione, lo asserto è giusto. Corre poi una cotale influenza mutua tra essa e la scrofola, la rachitide, la tubercolosi, l'alcoolismo, ecc. Quella e queste si combinano, si provocano, si sommano. Ne succedono alleanze, figliazioni, ibridismi, che rivelano un'altro lato grave della lue, e che mettono a prova la sagacia e la previdenza dell'osservatore.

Si sarebbe tentati a dire che in qualche caso la semente non trovi acconcio il terreno, tanto essa illanguidisce e si strugge prontamente; che altra fiata invece lo trovi così appropriato, da avvincerglisi con ritorte

irremovibili. Per lo più si riesce a svellere i frutti e a ricomporre esattamente il terreno; così che nessuno può accorgersi di ciò che vi è passato, ma in coscienza nessuno può asserire di aver estirpate e distrutte sul sito le radici. Di due inquinati ad una stessa sorgente, l'uno guarisce quasi spontaneamente, l'altro è atteso a dieci agguati, sino a che vi lascia la vita.

La sifilide è certo una malattia guaribile. Nella massima dei casi, nei nostri climi, colla nostra civiltà, non è essa una malattia di gravissima importanza; rimane però un nucleo di sifilitici, l'avvenire dei quali è ravvolto in una oscurità, che il trattamento, la igiene attenuano, ma nessun mezzo dirada per modo da concedere al medico buone basi a fondate presunzioni.

Decorsa adunque la seconda incubazione, con o senza prodromi, sogliono apparire delle eruzioni cutanee, sotto forma di macchie, di papule, ecc. Lesioni analoghe si avvicendano alle mucose delle parti ano-genitali e bucco-faringo-laringee. Insorgono dolori alle ossa, alle articolazioni ecc, alterazioni dei peli delle unghie, della iride, dello epididimo, delle vie biliari, ecc;

lesioni tutte in generale superficiali, fugaci, completamente risolutive, e che costituiscono il cosidetto *periodo secondario*.

In seguito, possono formarsi vaste ulceri alla pelle ed alle mucose, carie, esostosi, tumori ed infiltrazioni diffuse granulomatose — *gomme*, — nel parenchima dei più svariati organi e tessuti, e, come conseguenze, cicatrici estese, perforazioni e distruzioni del palato molle, del palato osseo, atresia dell'istmo della gola, infossamento del naso, turbamenti gravi del mielencefalo e degli organi dei sensi, afasia, paralisi, epilessia, cecità, disorganizzazione ossivero distruzione dello elemento funzionale proprio del fegato, dei reni, dei testicoli, del midollo spinale, ecc: è questo il cosidetto *periodo terziario*. In questo le lesioni di solito sono poche di numero, però tali che mostrano di avere guadagnato in gravezza ed in profondità, quello che hanno perduto in numero. La ulcerazione, la distruzione, l'atrofia, le cicatrici, sono, in questo periodo, conseguenze inevitabili.

Per quanto dissimo, non è esatto l'asserire che la malattia investe l'organismo dapprima nelle parti superficiali, poi nelle

profonde; essa può attaccare nei due periodi queste e quelle, sussistono invece delle differenze, nel grado dell'offesa, che nel principio riesce superficiale ed in seguito si fa sempre più profonda.

Le manifestazioni secondarie non sono spesso seguite da quelle terziarie, queste non hanno bisogno di essere precorse da quelle. Di regola alla sifilide primaria segue la secondaria: questa apre la strada alle manifestazioni terziarie, che si verificano di raro, però con una frequenza maggiore, che non si creda.

Le espressioni del secondo periodo, sono per lo più, numerose, superficiali, risolutive, lasciano cioè poca o nessuna traccia del loro passaggio ; si svolgono per intero in un tratto di tempo, ora molto breve, da 1 a 2 anni, ora assai più lungo, di 5 a 7, sempre però limitato ; sono trasmissibili per contagio e per eredità. Le manifestazioni del terzo periodo invece, sono scarse di numero, ledono i tessuti gravemente e lasciano per lo più permanente indizio del loro passaggio ; possono assalire più e più volte, più e più sedi, senza limiti di tempo ; non hanno carattere di trasmissibilità, nè per contatto nè per via

ereditaria: si direbbe che la virulenza trascina alla diatesi, come questa può condurre più tardi alle degenerazioni, alla cachessia.

Il trattamento poggia ogni volta su questa triade: la igiene, il mercurio e l'iodio. Quella giova in qualunque fase, in qualunque soggetto giova nel prevenire le espressioni morbose, nel mantenerle miti ed affrettarne la scomparsa; è elemento prezioso ed essenziale di cura. I due nominati farmaci sono così efficaci da meritare il titolo di *specifici del morbo.* In fondo è molto questionabile se e quanto, abbiano di efficacia preventiva, certo invece hanno una virtù curativa evidente, che sembra vieppiù si spieghí meravigliosa, allora che più sono cronologicamente gravi le alterazioni. Ora conviene l' uno, or l'altro, or tutti e due ad un tempo: la dose vuole essere varia secondo sono svariate le eventuali combinazioni con altri fenomeni morbosi: per quanto vecchia, non va mai ripetuta abbastanza la frase, che pel medico curante, non vi sono tanto delle malattie quanto degli ammalati. La igiene, la cura, il tempo, possono indubbiamente francare un organismo dalla lue, epurarnelo in-

teramente. — Ma quando può un sifilitico reputarsi guarito?

Questo è un quesito, al quale risponderemo a suo luogo.

ETIOLOGIA DELLA SIFILIDE

Sorgenti, Veicoli e Topografia del Contagio.

Succeda la infezione dell'ovulo, da parte della madre che lo fornisce, oppure del padre che lo feconda, o si compia quella dello embrione, o del feto — *sifilide ereditaria,* — o accada essa sul prodotto del concepimento, in allora che attraversa i genitali materni — *sifilide congenita,* — o si realizzi comunque nella vita estrauterina — *sifilide acquisita,* che comprende la congenita, — perchè avvenga è sempre necessaria la penetrazione nell'ovulo, o nell'organismo del principio contagioso, apprestato da un'altro soggetto, ammalato della stessa labe.

Codesto principio è contenuto ed elaborato in alcune efflorescenze sifilitiche, e nel sangue. Questo e gli essudati di talune di

quelle, ne sono i ricettacoli, i fomiti ordinarî. La osservazione e lo sperimento hanno assodato infatti:

1º che il sifiloma può derivare dal sifiloma e da diversi accidenti cutanei-mucosi del periodo secondario;

2º che le manifestazioni terziarie, non sono in grado di suscitare la infezione, nè per inoculazione ne per contagio;

3º che il sangue è suscettibile di trasmettere il morbo, durante il periodo secondario, punto affatto durante le manifestazioni terziarie;

4º che i prodotti di secrezioni fisiologiche, in soggetto sifilitico — lagrime, saliva, sudore, latte e sperma (?) — non racchiudono il contagio;

5º che gli umori patologici provenienti da un individuo infetto — escluse le lesioni specifiche, — non sono in grado, portati sul sano, di provocare il morbo;

6º che, allora che vengano innestati, o casualmente o dallo artificio, prodotti contagiosi del primo o del secondo periodo, oppure il sangue stesso, per quanto essi attecchiscano, il frutto che se ne ha è sempre quello stesso: invariabilmente sempre il sifiloma.

Le manifestazioni incriminate, sono atte a contagio per quanto secernano dei prodotti fluidi. È probabile che pur le parti solide che entrano nella loro struttura, sieno dotate della stessa proprietà: ma un sifiloma chiuso, al paro di una efflorescenza integra, secca, non secernente, non sanguinante, non apportano ad altrui contagio, per cui, pur nei due primi periodi, un paziente non è in ogni momento una minaccia per i soggetti sani. Egli è poi difficile tracciare una linea netta, che separi proprio recisamente le lesioni sifilitiche virulente, dalle non virulente. Tutte quelle che si esternano durante i 3-4 primi anni di malattia, talora pure al di là di questo limite, sono per lo più contagiose. Non è a disconoscere, che pure in questi limiti di tempo, vi hanno delle manifestazioni secondarie — papule umide, — che alle volte fanno atto di presenza in unione a talune terziarie — tubercoli, gomme. — Sembra che il tempo minori ed annienti la virulenza: certo l'osservazione clinica e lo esperimento [1]), comprovano la innocenza sui sani

1) Nel 1865 Tanturi di Napoli ha inoculato impunemente, sopra un soggetto non sifilitico, i prodotti di una enorme gomma cutanea. Profeta di Palermo nel 1878 un tubercolo, con nessun risultato.

dei tubercoli e delle gomme. Se peraltro codesti prodotti si maturassero a qualche mese di distanza dalla infezione, come si verifica in alcune forme maligne, allora non sarebbe, forse, appieno giustificato quello di sostenere in via assoluta, la loro non virulenza completa: altrettanto si potrebbe ripetere, per quei casi, in cui la concomitanza di alterazioni secondarie, ci attesta la contagiosità del soggetto.

Nel 1862 a Rivalta, in Piemonte, il vaccinifero Manzoni, non avea ancora al sito delle pustole il sifiloma al quale si avea dato occasione il giorno dello innesto, cioè dieci giorni avanti — incubazione prima, — allorquando le pustule vaccinali sue, diedero il pus mescolato a sangue, con che furono infettati 36 vaccinati. Questo avvenimento potrebbe dar a credere alla contagiosità del sangue nello stadio pre-sifilomatoso; lo si potrebbe però spiegare, invocando la dimora sul posto del *virus* insinuato nell'infante, al momento del suo innesto, e che non avesse spiegata ancora, sul posto, la sua specifica, attività — Rollet. — Ci associamo volentieri a questa interpretazione, dacchè ignoriamo se il sangue riesca contagioso pur durante

lo intero periodo primario. Abbiamo invece prove perentorie per giudicar *il sangue contagioso nel periodo delle manifestazioni secondarie.*

Alle prove sperimentali, aggiunge il Mauriac, come a controllo clinico, il caso di una donna, che venne infettata dal marito sifilitico, scevro al momento di apparenze esteriori, per una emorragia dell'asta, occorsagli durante il coito, e che avrebbe lasciato goccie di sangue nella vagina [1]). Diday intraprese 17 inoculazioni di sangue, preso da un ammalato, che avea diverse periostosi, non suppurate: una, in condizioni analoghe, la fece il Profeta nostro, e non per questo gli individui inoculati contrassero il morbo. Senonchè, anche per il sangue la sua contagiosità deve, per ora, essere misurata non sulla base semiologica soltanto; si deve anche qui tenere conto della possibile precocità dei sintomi terziarii: sarebbe non appieno giustificato il presumere, che talune infezioni che infuriano per modo, da mettere

1) Anche da questo fatto il Mauriac è portato giustamente, a sollevare dnbbio sulla innocuità, sotto questo rispetto, dello abbracciamento sessuale, durante il flusso menstruo.

sossopra la coordinazione cronologica, delle manifestazioni e da mescolare tra loro, quelle di due periodi diversi, allignassero sopra un'organismo irrorato da un sangue, non contagioso.

L'avvenire può additarci, se e quanto, la linfa che vive in continuo commercio col sangue, e coi tessuti, sia infetta di *virus*, come presumibilmente, per tanta parte della malattia, lo dovrebbe essere.

I prodotti di secrezioni fisiologiche scevri di sangue e di detriti di lesioni sifilitiche, cimentati sperimentalmente più volte, risposero in modo negativo, e la osservazione insegna che la saliva [1]), che il latte [2]) di sifilitici non attossica le persone immuni dal morbo. Inoculazioni di liquido seminale, ripetute in momenti vari della malattia — Mireur — avrebbero fallite completamente. Come tuttavia il seme di uomo malato sembra possa infettare una donna, allora che

[1]) Col sudore, colle lagrime, colla saliva di sifilitici fecero inoculazioni sui sani Vidal, Diday e Profeta, e l'esito fu negativo.

[2]) Il dott. Padova riferì (1867) di sei inoculazioni praticate in un Collega e su di una donna; di altre due scrisse il Profeta; rimasero tutte senza conseguenze.

resta pregna, e più ancora siccome è positivo che un uomo sifilitico può, eccezionalmente, avere figli sifilitici, da madri che rimangono sicuramente illese, così la innocenza del seme, non ci apparisce affatto al sicuro da ogni possibile contestazione.

Rapporto ai prodotti patologici, Rollet e Basset hanno inoculato, parecchie volte, muco-pus blenorragico, pus di ulceri artificiali tolto a soggetti sifilitici; altrettanto hanno intrapreso Bidenkap e Diday, con pus levato a pustole acneiche, con essudato eczematoso ed inutilmente. Il Bidart, il Montain, lo Schreier, il Taupin inocularono e trasmisero, in varii incontri, un salutare vaccino, benchè tratto da pustule esistenti alle braccia di soggetti in preda alla lue. Tali fatti indurrebbero a credere che il pus vaccino potesse infettare, solo per quanto si mescoli a sangue, e non vi riesca se impiegato nella sua perfetta purezza, affatto privo di quello (Viennois). Non sono però irrazionali affatto i timori che si hanno da taluni, e a carico delle lamelle epidermiche, — Bakesvvel, Taylor, — e dei leucociti — Carter, — e, persino, della linfa — Simmonnet.

Le lesioni secernenti del primo e secondo periodo hanno speciale predilezione per talune regioni del corpo, sulle quali esse si raggruppano. Le forme primarie stanno più che altrove sugli organi genitali. Quivi nella donna, più che nell'uomo hanno frequente sede le papule umide e le placche mucose, alterazioni feconde più di ogni altra, di infezioni, Egualmente abbondano, nelle donne, le lesioni vicine all'ano, che è un focolajo, senza paragone, più pericoloso nella donna verso l'uomo, che viceversa. Nei bambini e negli uomini adulti, anzichè la regione genito-anale, sono le labbra, la bocca, il naso, che moltiplicano le infezioni. Nel periodo dello allattamento, soltanto in via eccezionale fuori di questo, la mammella muliebre, è assalita da sifilide: di solito ammala di sifiloma, raramente di sintomi secondarii secernenti. Perciò ne viene, che a mezzo dello allattamento, con frequenza maggiore il bambino porge infezione con lesioni secondarie; la nutrice all'opposto, colla iniziale. Le regioni genito-anali, la bocca e la mammella, ecco i punti dai quali emergono più spesso, le infezioni, ecco i centri nei quali si elabora e si moltiplica il veleno; ecco le

localizzazioni d'onde tende esso prevalentemente l'insidia, nei ravvicinamenti, negli accidentali trasporti così nel ricambio dello affetto come nel delirio della salacia.

ESSENZA DEL VIRUS SIFILITICO
MODI DI CONTAGIO.

I diversi fluidi fisiologici e patologici del nostro corpo - il sangue, le lagrime, la saliva, le orine, il seme, il siero, la linfa, il muco ed il pus - possono, ciascheduno a sua volta, servire di menstruo, di mezzo di trasporto al *virus*. Gli acidi e gli alcali concentrati, il cloro, l'alcool, gli eteri, le essenze, ne neutralizzano il potere: non giunge a tale il succo gastrico — Padova. — Può sempre assottigliare la forza del *virus* la diluzione in una larga copia di liquido; può il pus che gli si associ portare nei tessuti, una tal quale influenza irritante. Il *virus* non abbonda necessariamente, dove abbondano i corpuscoli di marcia, come fa il *virus* della blenorragia e della ulcera venerea.

Il successo degli innesti attesta la presenza del *virus* nella sierosità la più sot-

tile, nella quale nuota solo una quantità
minima di elementi figurati — globuli di
pus, cellule epiteliali e granulazioni. — Egli
è proprio nel liquido trasparente, simile ad
una leggera soluzione di gomma, inverni-
ciante la superficie delle soluzioni di conti-
nuo — erosioni, esulcerazioni ed ulceri
primarie e secondarie, — di dove geme
sotto forma di minime gocciole trasparen-
tissime, che possiamo, come in seno alle ef-
florescenze ed al sangue, ammettere la esi-
stensa del *virus* della sifilide.

Da ben cinquant'anni, si va affermando
da varie parti, che la virulenza è dovuta a
dei microrganismi; l'attenzione si è già ri-
volta a molti di essi [1]). Il concetto di un *virus*

[1]) Eccone lo elenco: la *vibrio lineola* del Donnè
— 1837; — i *micrococchi* dello Hallier — 1869; —
le *spore* di Klotzsch — 1870; — la *crypta syphi-
litica* di Salisbury 1870; — i *corpuscoli* del Lostor-
fer — 1872; — la *Elicomonade* di Klebs — 1878; —
le *spore* ed i *micelii color rameico* di Culter — 1878; —
le *forme a zooglea* del Pisarevvski — 1880; — i
micrococchi uniti a due ed a tre di Aufrecht, e quelli
di Obraszovv — 1881; — i *micrococchi uniti da
rassembrare bacilli*, di Birch-Hirfschfeld — 1882; —
le *due specie di batteri e i micrococchi* di Martineau
ed Harmonic — 1882; i *micrococchi* di Letnik —
1883, — e di Barduzzi — 1884, di Tornery e Mar-
cus — 1884; — il *bacillo* del Lustgarten — 1884 —.

vivo, mai si è agitato nella mente degli studiosi con una tenacia pari alla odierna. L'analogia della lue con altri morbi, la forza nei mezzi d'investigazione e gli artefici ognora più sagaci e fruttuosi della giornata, accrescono nei ricercatori e lena e speranza. La esperienza però c' insegna a non essere troppo corrivi e pedissequi: non sono i facili aderenti ma gli illuminati, fermi ed onesti oppositori, che spingono verso lo splendore della verità. Non hanno tardato taluni di dichiararsi favorevoli alla recente scoperta del Lustgarten il quale, negli ultimi mesi del 1884, ha imputato della lue un bacillo che sarebbe caratterizzato dallo aspetto, dalle sedi che occupa, e dalle proprietà sue rispettivamente al coloramento [1]). Più re-

[1]) Ecco come procede nella ricerca del bacillo il Lustgarten. — Il pezzo da sezionare indurito nell' alcool, viene chiuso nella celloidina sciolta nell'etere. Le sezioni sono liberate poi da questa con un bagno, di oltre una ora, nell'alcool assoluto, ed etere. Le colora poi l'A. col liquido di Ehrlich-Weigert — Aqua di Anilina p. 100, Soluzione conc. alcoolica di Violetto di Genziana p. 11, — nel quale le lascia 12-24 ore, alla temperatura della camera, quindi per due ore in un termostato a 40° C°. Le sciaqua per parecchi minuti nell'alcool assoluto; ancora per scolorirle dall'alcool le passa per dieci secondi, in una soluzione aquosa di

centi indagini di Alvarez, Tavel, Köbner, Matterstock, Doutrelepont, ecc. infirmarono altamente la specificità di detto bacillo. Ma quando pure il trovarlo esclusivamente nei prodotti sifilitici e nel sangue di individui infetti, avesse deposto tutto a carico di codesto bacillo; quando la coltivazione ci permettesse di individualizzarlo e studiarlo sempre più, come ci comporteremo per procurarci la controprova della sua virtù patogena, la mercè della inoculazione? Nessuno può oggi permettersi di ferire vo-

permanganato di potassa al 1. 5 p. 0[0, indi subito in una soluzione aquosa di acido solforoso purissimo — traccie di acido solforico, scolorirebbero i bacilli —.

Dopo pochi secondi dilava la sezione con aqua, e le rimette nella soluzione di permanganato di potassa, poi nell'acido solforoso e nell' aqua distillata e così di seguito per 3-4 volte, finchè le vede scolorite. Il bacillo resiste bene nella colorazione che ha ricevuta. Disidratata la sezione nell'alcool, la rischiara con olio essenziale di garofano, e la monta nel balsamo di Canada sciolto nel Xylol. I secreti del sifiloma, ecc. si essiccano sopra un copriogetti, del resto vale lo stesso metodo, solo che la decolorazione si effettua più prontamente. — I bacilli così trattati, sono bastoncelli color *bleu*-oscuro, lunghi in media 3.-4.5 μ, larghi 1[4-8[10 μ. Nelle sezioni ne vide di chiusi nelle cellule linfoidi, in quelle spinose epidermoidali, ed anche nel lume di un vaso linfatico. — Ne vide nel sifiloma, in seno a papule umide ed a gomme.

lontariamente con un' arma tanto insidiosa com'è la sifilide, un uomo qualunque egli sia, senza meritarsi la taccia di entusiasmo brutale; d'altra parte, se i recenti innesti di Klebs, di Martineau e di Morisani, risollevano la questione della infettabilità degli animali, non possiamo, per fermo, valersi oggidì di questi ultimi a controllo sperimentale: non abbiamo ancora rinvenuto il modo fortunato, per fruire anche nello studio della sifilide, di un' *animal reactif*. Intanto non va taciuto, che il Lustgarten avrebbe rinvenuto il suo bacillo così nelle forme primarie e secondarie come anche in quelle del terzo periodo, che pure sono reputate non contagiose.

Il *virus* sifilitico in uno al suo veicolo, può esser trasportato dal malato al sano direttamente per mutuo contatto — *contagio immediato*, — oppure la mercè di oggetti diversi o di persone, che rimangono illese — *contagio mediato* —

Mentre le forme veneree, passano dall'uno all'altro, quasi esclusivamente, mediante gli avvicinamenti sessuali, la sifilide che si espande con focolaj notevoli, per numero e virtù infettante, anche fuori della sfera ses-

suale, si trasmette in molti altri incontri [1]). Essa infatti approfitta per accrescere il numero delle sue vittime, dello allattamento, della pratica della vaccinazione, del succhiamento del seno, intrapreso per avviare il latte. I baci, i ricambi più innocenti, i morsi a sfogo d'ira o di sensualismo, le manipolazioni delle nutrici, delle mammane, dei medici; le deviazioni dello erotismo esaltato e del libertinaggio; bicchieri, posate, mozziconi di zigaro, la pipa, come la canna attraverso la quale soffiano alternatamente tre o quattro vetrai; i cateteri per le trombe di Eustacchio, lancette, ventose, vestiti insudiciati, poterono e possono essere mezzi ed incentivi d'intossicazione. Parti del corpo di persone che sono e rimarranno risparmiate — vagina, pene capezzolo, unghia, — in quanto alberghino temporaneamente materia virulenta, possono porgere a sani il contagio. Nello allattamento è facile intendere, come il contagio possa essere mediato, od anche immediato. Nella vaccinazione, la sorgente del morbo può essere il vaccinifero, uno dei vaccinati, ed il vaccinatore stesso.

[1]) « *Infectio triplici via, videlicet coitu, partu, tactu* » Paracelso.

Da tutto questo si ricava che, avuto riguardo al modo col quale si comunica la sifilide, essa è molto meno venerea della blenorragia e della ulcera non infettante.

Deposta la materia infettante, sopra un punto del tegumento cutaneo-mucoso, se la epidermide o l'epitelio sieno intatti essa non va avanti quanto basta. Si trova contro una vernice impermeabile, contro un ostacolo, che essa non sa attaccare da quella faccia. Fa mestieri per la fissazione e penetrazione del *virus* che quelli sieno screpolati, corrosi, od assottigliati oltre misura; necessita anche qui insomma un *foramen contagiosum*, estemporaneo o preesistente, sia pure quanto si voglia impercettibile e microscopico: all'indomani del contagio, potrà non esistere più, ma intanto l'avvelenamento sarà avvenuto.

INOCULAZIONI SPERIMENTALI - IMMUNITÀ - SIFILIZZAZIONE - REINFEZIONE SIFILITICA - INOCULAZIONI MISTE - SIFILIDE ANIMALE.

Gli innesti di materia di secrezione di efflorescenze sifilitiche, e del sangue di soggetti

in preda al morbo, sono tutt'altro che recenti. Nella seconda metà del secolo scorso, l'Hunter insegnò e diffuse questo mezzo d'indagine, auspicando lo indirizzo delle più moderne ricerche. Senonchè Hunter inoculava persone già infette ; di qui corollari che non possono essere riferiti alle inoculazioni sui sani, inaugurate queste dal Ricord nel 1835. Nel 1767 Hunter praticò sopra sè stesso, delle inoculazioni di pus blenorragico, ma come, per accidente, si era imbattuto in un caso nel quale coesistevano la blenorragia e la sifilide, egli rimase vittima di questa. I medici Lindmann - 1856-57, - Galligo 1859, - e Bargioni 1862, - furono altre spontanee vittime di questo ramo delle scienze mediche.

In tutte le inoculazioni, si applicò la materia contagiosa, sopra la pelle, denudata prima, a mezzo di un vescicatorio o dello sfregamento, o in seno a delle incisioni, o la si insinuò sotto la epidermide con una lancetta. Oltre a produzioni tubercolari e gommose, dalle quali si è detto, si fecero innesti di sangue, di prodotti elaborati da sifilomi, da placche mucose, nonchè di marcia di forme pustolari, come apparisce dal quadro che segue :

INOCULATORI e materia d'inoculazione	DURATA giorni I incubazione	DURATA giorni II incubazione
DI SANGUE		
1. Waller (1850)	34	32
2. Anonimo (1856) (3 casi)	15-42	26-107
3. Gibert (1859)	40	15
4 Lindvvurm (1861)	28	—
5. Pellizzari (1862)	24	32
SECRETO DI SIFILOMA		
1. Rinecker (1852)	18	54
2. Rollet (1856)	—	—
3. Anonimo (1856) (3 casi)	25	26-107
4. Gibert (1856)	25	—
5. Baeresprung (1859)	27	64
6. Belhomme (1859)	35	30
7. Lindvvurm (1861)	15	81
8 a) e 9. Lindvvurm (1861)	19-24	45
a) *Due inoculazioni sullo stesso malato a due giorni d'intervallo.*		
10. Hebra e Rosner (1862)	22	51
11 b) e 12 Puche (1862)	39-17	33
b) *Idem con 22 giorni d'intervallo.*		

INOCULATORI e materia d'inoculazione	DURATA giorni I incubazione	DURATA giorni II incubazione
SECRETO DI PLACCHE MUCOSE		
1. Wallace (1835)	23	47
2. c) Wallace (1835)	21-15	35
c) *Due punture su uno stesso soggetto con 12 giorni di intervallo).*		
3. Wallace (1835)	30	42
4 Waller (1850)	25	27
5. Lindmann (1851)	10	72
6. Anonimo (1856)	17	27
7 Anonimo (1856)	42	107
8. Gibert (1859)	18	37
9. Gibert (1859)	25	12
10. Galligo (1859)	17	—
11 Guyenot	28	54
12. Baeresprung (1859)	18	--
13. Auzias-Turenne (185[illegible])	18	55
14 Lindvvurm (1860)	21	—
15 Hebra e Rosner (1861)	16	56
CONTENUTO DI PUSTOLE		
1. Wallace (1835)	29	37
2. Wallace (1835)	28	27
3. Vidal (1849)	35	135
4, Rinecker (1852)	28	130

INOCULAZIONI	DURATA DELLA INCUBAZIONE							
	Prima				Seconda			
	Sangne	Secreto Sifiloma	Secreto Placche	Conten. Pustole	Sangue	Secreto Sifiloma	Secreto Placche	Conten. Pustole
Durata								
min.	16	15	10	28	15	18	12	27
mass.	42	39	30	35	107	107	107	135
media	30	24	22	30	44	48	47	82

Insinuato sotto l'epidermide, prodotto di manifestazione primaria oppure secondaria, la piccola ferita dopo qualche giorno guarisce, e tutto ritorna quel di prima come se nulla si avesse fatto. Continua per alcune settimane un periodo alieno da ogni alterazione, perfino soggettiva, un periodo di calma completa — *prima incubazione.* — Tale quiete patologica ingannevole, cessa col sorgere di una efflorescenza, alla quale tiene dietro la tumefazione di varie ghiandole, quelle anatomicamente più vicine, ed ecco costituito il sifiloma. Dopo di ciò ancora un periodo nel

quale niente, in sulle prime, avvisa del nemico che va ad impadronirsi, o si è già impadronito dello intero organismo — *seconda incubazione*. — Questa perdura ugualmente alcune settimane e cede poi il posto ai segni della lue generale, i quali possono essere annunziati da prodromi.

Inoculazioni multiple simultanee, sopra uno stesso soggetto, hanno dato quasi sempre risultato positivo, per quanto fosse stato vario il processo operatorio, ed ampia la distanza tra i siti vulnerati: pressochè nello stesso tempo, si poterono scorgere nei diversi punti, gli indizii, del morbo insinuato. Sopra 26 tentativi fatti in 11 individui, si ebbero 23 successi.

Le *inoculazioni multiple successive* fallirono la più delle volte, per quanto concerne gli innesti fatti dopo il primo. Non si ottennero mai più di due sifilomi; la incubazione di questi durò per lo più diversamente. Però Wallace, tra due inoculazioni, in una stessa persona, lasciò correre 7 giorni d'intervallo e gli effetti di ambedue apparvero simultanei: Lindvvurm dopo di due, alla distanza di due giorni, vide un sifiloma al 19° giorno, un'altro al 24° : Puche, sebbene vi

abbia frapposti 22 giorni, ottenne due focolaj contemporanei, il 39° giorno dal primo innesto.

Lo stesso prodotto, in individui diversi, occasiona incubazione prima, e sintomi consecutivi diseguali — casi di Wallace e di Gibert —.

Inoculazioni sopra regioni, apparecchiatevi a mezzo di vescicatorii, e di scarificazioni, talfiata diedero adito al sopravvenire di focolaj multipli, che più tardi poterono confluire in uno solo.

Comunque si abbia inoculato il *virus*, e qualunque ne sia stata la provenienza, l'effetto, consistette indefettibilmente in un sifiloma sul sito operato. Comincia sul posto, un rossore circoscritto, una leggiera prominenza, che può prendere la proporzione di una papula, di un tubercolo, di una nodosità. Quale si sia la efflorescenza, essa si fa rosea, rossa, rosso-bruna, si copre di squamme. La sierosità e la marcia che vi si appongono dal di sotto, possono cangiare quelle croste, per poi allontanarle. Si rende allora visibile, una soluzione di continuo che per lo più non interessa che l'epitelio o la epidermide - *erosione* -, che più tardi può interessare

il corpo papillare, gli strati superficiali del *corion* — *esulcerazione* — e che, solo in via eccezionale, si spinge a comprometterlo nello intero spessore — *ulcera.* — In qualche caso la prominenza, lo intasamento non subiscono rilevabili perdite di sostanza. Prima di questa, magari senza che essa mai figuri, può il tessuto della località, andar incontro ad uno indurimento particolare caratteristico — *sifilosclerosi.* —

Nella media dei casi, la efflorescenza diventò erosiva al quinto giorno, ed in 20 casi, nei quali si è tenuto esatto conto, l' adenopatia era apprezzabile all' undicesimo.

La seconda incubazione durò in media 47 giorni. Non mancarono neppure una volta i sintomi generali. Però e questi ed il fatto primo, furono accompagnati da una cotale benignità.

In generale, in un soggetto in preda al morbo, una inoculazione di materia sifilitica o di sangue spettante pure ai due primi periodi, fallisce. Questa *irreinoculabilità* si estende *a tutti e tre i periodi della sifilide*; non mancano alcuni casi che fanno

eccezione alla regola [1]). Non è male poi di qui avvertire come talora si abbiano ottenuto in casi analoghi delle alterazioni in tutto simili ai sifilomi, ma non seguite nè da adenopatie nè da sintomi generali. Veicoli o procedimenti operativi troppo irritanti, possono suscitare nel sito inoculato, uno abbeveramento sospetto. Certo la immunità a nuovi innesti è, per chi tiene già il morbo, una regola delle meglio stabilite.

Oltre a questo inattaccabilità di chi è già palese vittima del morbo, sembra ve ne abbiano altre che impugnano seriamente l'aforisma del Ricord, che disse «tutti uguali dinanzi alla sifilide». Ratier, Cullerier, Sarrhos si sono inoculati del pus di accidenti secondarii. Puche e Thiry hanno

[1]) Sappiamo che Lindvvurm ottenne due sifilomi con innesti fatti a giorni 2 d'intervallo; Wallace con 12 d'intervallo; Puche con 22. — Abbiamo ancora 5 casi di reinoculazione positiva al primo periodo, spettanti a Lee — 1856, — Diday — 1862, — Bidenkap — 1864, — Ricordi — 1867, — Turati 1868. — Wallace avrebbe inoculato con prodotto di placche mucose un soggetto con sifilide al 2° periodo, ed avrebbe ottenuto dopo 26 giorni un sifiloma (?) caratteristico. — Bouley inoculò — 1851, — un malato di lue terziaria, e 22 giorni dopo, gli sarebbe comparso un sifiloma (?) e 30 appresso, le manifestazioni generali.

inoculato, il primo tre volte, il secondo una, soggetti sani, con pus di sifiloma; altrettanto fece Ouvry, sopra un giovane medico, e questi tentativi ebbero tutti risultato negativo. Senza dubbio, vi sono persone, che tutto giorno sfidano il pericolo e ne rimangono illese. Non basta per spiegare questa irrecettività, ricorrere sempre a determinate condizioni anatomo-fisiologiche; ci vediamo proprio costretti ad ammettere in alcuni individui la esistenza di una immunità naturale. Taluno spiegherebbe questa condizione premunitrice ricorrendo ad una specie di saturazione sifilitica ereditaria. La possibilità di manifestazioni della cosidetta «sifilide ereditaria tarda», che verrebbe ad esprimere per dir così, in varia età della vita, lo eccesso, a rilento costituitosi, della impregnazione virulenta, suffragherebbe la ipotesi.

Rimane a vedere se, oltre alla immunità naturale, ed a quella conseguita a prezzo della infezione, ve ne possa avere una, vantaggiosa, inoculando il *virus* ad arte. Quarant'anni sono si potè pensare, che come collo innesto del vaccino, si previene il vajuolo, parimenti si giunga colla inoculazione ripetuta molte volte, della materia della ul-

cera, non solo ad impedire la sifilide, ma altresì curarla — *sifilizzazione profilattica e terapeutica.* — Non mancarono in allora sperimenti, osservazioni, scritti molto pregevoli in proposito. Si venne a comprendere come sia riproducibile per centinaja e migliaja di volte la ulcera venerea; come non possa ripetersi essa in una determinata, regione oltre un ad certo numero di volte; come essa prenda uno sviluppo non uguale nelle varie provincie del tegumento cutaneo; ma del resto, subito che si innestano prodotti sifilitici, si verificano i fatti che già conosciamo [1]) per cui alla sifilizzazione va accordato oggi il solo interesse storico.

Escluse peculiari condizioni anatomiche che preservano taluni soggetti, la immunità presuppone in generale una pregressa infezione. Ma con ciò non si esclude che quando un organismo a furia di tempo e di cura ha distrutto o paralizzato o eliminato il germe, non possa subirne da capo la perniciosa influenza. La *reinfezione* è una possibilità dimostrata. Diday certo ne porse 13 casi affatto attendibili: ai quali altri autori ne aggiunsero

[1]) Il dott. Lindmann dopo 2700 ulceri veneree, rimase vittima di un casuale innesto di sifilide.

alcuni ancora. Fu detta possibile persino una terza infezione. In dodici anni di indagine assidua, non siamo convinti di averne incontrata neppure una seconda. Badisi bene che lesioni secondarie e terziarie possono simulare quella iniziale. Fournier riferì - 1868, - 21 casi da esso osservati, nei quali, dopo essersi sviluppata la sifilide costituzionale, apparvero, senza l'intervento di nuovo innesto sifilitico, delle lesioni coi caratteri dei sifilomi, e le quali erano state precorse od erano accompagnate da nuove manifestazioni generali [1]). In ogni modo è bene che, a migliore garanzia, nelle presunte nuove infezioni, si attenda sempre la conferma dei sintomi costituzionali. Si è poi osservato che la gravità di questi, nei reinfettati, sta abitualmente a quelli seguiti alla infezione della prima volta, come la varicella sta al vajuolo.

Per quanto si disse, la sifilide non preserva dalle ulceri veneree e viceversa. Molto frequentemente vedonsi i due morbi consociati sopra una stessa persona. Se il ger-

[1]) Scarenzio riporta un caso di riapparizione spontanea della Sifilide in tutti i suoi stadii. (Giornale It. Mal. Cut. Ven. Fascic. 3. 1885.

me di essi, cade in territorî diversi o sopra un punto stesso, ma a molta distanza di tempo, ambedue compiono il loro decorso, nel modo solito. Se la inoculazione doppia, sia simultanea, anzitutto va a svilupparsi la ulcera non infettante; il *virus* sifilitico, compiuta la sua incubazione, aggredisce quella, tentando di crearvi il sifiloma, e ne può venire una lesione che temporaneamente abbia dell'una cosa e dell'altra, e che magari, si associ ad adenopatie aventi della natura di entrambe. Se egualmente l'ulcera venerea e la sifilide sieno importate l'una dopo l'altra, potrà essere che questa prevalga in modo particolare su quella, o viceversa; ma per ultimo nella lotta ben presto uno dei due sintomi prevale sull'altro, e la scena cangia. In ogni modo per intanto nel focolajo stesso possono esservi entrambi i *virus* - il sifilitico vi è pur nel sangue. - Di questi, il venereo è inoculabile anche al portatore, e tutti e due lo sono pure simultaneamente sopra persona non sifilitica. Un' arma egualmente a due tagli si può avere se la ulcera venerea cada sopra una efflorescenza sifilitica secondaria. Ma attesa la fisiopatologia spettante ai due *virus*, la lesione che

può venirne, non rappresenta guari una specie nosologica separata, trasmissibile come tale — *ulcera mista del Rollet*, — ma la fortuita unione di due coefficienti patogeni, che sopra uno stesso terreno, eseguiscono separatamente le proprie evoluzioni, prevalendo nello effetto ora l'uno ora l'altro, ma senza che l'uno distrugga l'altro, senza che l'uno crei con l'altro una nuova entità nosologica trasmissibile come tale.

Altrettanto può avvenire se il *virus* sifilitico si mescoli al vaccino. La importazione di entrambi di solito avviene nello stesso tempo. Ma come questo ultimo ha una incubazione dieci volte piú breve, ed un decorso che in due o tre settimane è più che esaurito, ecco che il sifiloma esordisce abitualmente sulla cicatrice che segue alla pustula.

In ultimo senza ripetere quanto si è accennato intorno alla sifilide animale, è sperabile che cogli elementi parassitici, supposti patogeni, o dirò meglio colla vera essenza del *virus*, si possa in breve tempo, con l'artificio sagace dello sperimentalismo, conchiudere qualche cosa in argomento e snebbiare varie incertezze che ci opprimono.

PERIODO DELLA SIFILIDE PRIMITIVA

Questo periodo si estende dal momento della contaminazione locale, a quello nel quale, speciali turbamenti materiali e funzionali dinotano lo attossicamento generale. Comprende avvenimenti apparentemente di poco o nessun valore: in generale cioè, la infiltrazione erosiva di una chiazzetta minima di pelle o di mucosa, indolente, che guarisce da sè in breve tempo, a cui si associa lo ingrossare anodino, di poche ghiandole, pure tendenti a risolvere colle sole loro forze. È una benignità, che spesse fiate inganna pel presente, e che perfino pei profani, resta soventi volte muta nei riguardi dello avvenire.

SIFILOMA [1]
INCUBAZIONE E SVILUPPO.

La incubazione in due o più soggetti, avvelenati alla stessa fonte, può durare diversamente. La media, nelle inoculazioni artificiali fu di 25 giorni. In capo a questi, apparisce sul posto, una macchia che poi nel

[1]) Sinonimi: Ulcera sifilitica, Ulcera dura, Ulcera infettante, sifilosclerosi ecc.

centro si solleva a papula rosso-bruna, che poi disquamma, trasuda si erode, si esulcera e che assai di rado incorre in ulcerazione. La infiltrazione intanto, si estende, si approfonda, sopravvanza il lavoro distruttore, e si costituisce in una durezza nettamente circoscritta, compatta, fibrosa. La erosione secerne poca sierosità e rapida si chiude. Tanto meglio primeggia allora lo indurimento che le sopravvive, e che di solito si dissipa molto a rilento però, al paro di quella, nel modo il più completo. Nella media dei casi nei quali s'inoculò il *virus*, le adenopatie furono avvertite, come si dice, alla undicesima giornata del morbo [1]).

Nei casi di contagio accidentale, la incubazione è alquanto più lunga, cioè in media di 3-4 settimane; in casi eccezionali fu di qualche giorno, ed ancora di 3-4 mesi [2]).

[1]) Sono riferiti 3 casi nei quali la loro apparizione, coincise con quella del Sifiloma; uno invece nel quale si fecero attendere sino al 44° giorno.

[2]) Le statistiche di Diday hanno data una media di giorni 14; quelle di Rollet di 25; di Sigmund di 28-35; di Mauriac di 34-35. Mauriac ne avrebbe registrate 24 volte di 40-50; 8 di 50-60; di 60 e più 19 volte, per le quali la durata media fu di giorni 63. In un caso fu di 69. In uno di Guerin di 71; in uno di Jullien di 90.

Avvertasi che, in ben rari casi, ci è dato di appianare tutte le difficoltà che imbarazzano il sicuro computo. Resta però fermo che l'innesto artificiale dà frutto più sollecito. Può dipendere dacchè la materia viene portata con un grado di concentrazione virulenta speciale, ed in copia su pelle sana, anzi proprio sotto l'epidermide, che poi la ricalca tutta contro il *corion*, tenendovela costantemente ribadita. Nel contagio accidentale non abbiamo una somma corrispondente di condizioni, che agevolino le funzioni del *virus*. Questo, diluito da siero, da marcia ecc, bisogna resista ai momenti che minacciano di toglierlo dal sito, che ivi maturi la sua fissazione, la sua penetrazione; se cade sopra una soluzione di continuo, la infiltrazione che di solito vi sta sotto, non è certo fatta per spianargli la strada.

In ogni caso di sifilide acquisita, il sifiloma è proprio elemento necessario; senza di esso non havvi attossicazione. La sua brevità di vita, la sede che occupa, il suo aspetto, le sue trasformazioni possono però, rendere malagevole, oltre un certo momento, impossibile, il rinvenirlo.

Esso esordisce e vive solo sul punto identico, sul quale ha seguito la deposizione del *virus*. Ivi la germinazione e moltiplicazione sua si traducono in una alterazione iperplasica — una papula, un nodulo, un abbeveramento a disco; — gli elementi linfoidi costitutivi di questa degenerano, si staccano o vengono riassorbiti, o si organizzano maggiormente. Ecco che è possibile succeda una soluzione di continuo, che qualche volta dura settimane, altre appena qualche giorno; soluzione di continuo per lo più erosiva od esulcerativa, quasi mai ulcerosa, che si apre a spese dei tessuti linfoidi d' infiltrazione, poco o punto carica degli elementi normali proprii al tessuto; che secerne sierosità contagiosa e che si accompagna ad una infiltrazione spesso così superficiale e col sacrificio di sola tutta questa da non poter dar luogo ad una vera ulcera [1]).

È opportuno riconoscere in questo primo focolajo dove si elabora la lue, *tre periodi*: di *inizio*, di *progresso e stazionarietà*, di *riparazione e risoluzione*.

[1]) Di qui la convenienza di abbandonare l'appellativo *ulcera*, quando si allude alla sifilide iniziale. Difatti in questa può mancare qualsivoglia soluzione di continuo, e se essa sussiste non è di regola una ulcera.

Il sifiloma esordisce ora con una *macchia* eritematosa, rotonda, ovale, circoscritta, secca, desquammantesi, più tardi umida, con base alquanto indurita, superficiale; ora invece con una *papula* o con un *tubercolo*, cioè con una rilevatezza più spiccata della macchia. La efflorescenza secca nei primissimi giorni, diviene poi umida, perde parte del suo epitelio — erosione — assume il colore bianco-grigiastro di un prodotto difterico, e dà una secrezione scarsa, sierosa. In alcuni casi nel principio e come una *papula piatta*, cioè piana, anzichè convessa; o come un *tumoretto nodoso o emisferico* che può farsi eroso e secernente. In 4-5 giorni di lavoro, possiamo avere uno intasamento limitato abbastanza duro, indolente, eroso o meno, ed anche con associate adenopatie: una intera e decisa sintomatologia si matura però in così breve tempo, solo in un assai scarso numero di malati.

Il morbo progredisce verso il suo fastigio. La papula dopo 3-4 settimane — nel corso delle quali la base si fa vieppiù dura, — senza avere dato adito a soluzione di continuità, nè a rilevante desquammazione, può

svanire, lasciando al suo posto una depressione oscura, violacea. Nella maggior parte dei casi peraltro, la durezza si amplia si approfonda, la perdita di sostanza si accresce, insorgono le adenopatie. — La infiltrazione non rende il tessuto pastoso, succulento, riducibile sotto la pressione, come nello edema, o nello intasamento flogistico consueto, ma vi determina una durezza affatto speciale e per la sua circoscrizione e per le sensazioni che fornisce. È cioè una durezza nettamente delimitata, che si tronca in modo brusco di rimpetto al tessuto sano, che non vi si perde graduatamente,ma d'un salto, e che dà al tatto la *impressione di una durezza secca, elastica, come di un corpo straniero* che fosse *incastrato nel tegumento normale*. Tale durezza trova riscontro in quella di un pezzo di cartone o di *caouthouc*, di fibroma stipato, di cartilagine. Può misurare appena qualche millimetro quadrato ed infino a 3-4 centimetri. Può richiamare la forma ed il volume di un mezzo pisello, di un grano di *mais*, di una nocciuola che fossero immersi, per intero, od in parte nel tessuto, di un vero *callo* che vi fosse

impiantato [1]).Altra volta la durezza si espande meglio in superficie, per formare un disco, una piastra, una *lamina* che, palpata tra le dita, trasmette la sensazione come di un frammento di pergamena o di un pezzo di carta un poco consistente, con sotto una base e all' intorno una cornice di tessuto a consistenza normale. — Di fianco cioè allo *indurimento calloso o nodoso* dobbiamo inscrivere lo *indurimento lamellare* colle due varietà *pergamenacea* e *fogliacea* o *papiracea*. Sono per lo più ragioni anatomiche che decidono, nelle varie sedi, sulla forma e grado dello indurimento, che gli impartiscono cioè uno sviluppo in superficie, ossivero in profondità : tuttavia in una stessa località, poniamo i capezzoli mammillari, la lingua, ecc. sono possibili tutte due le maniere di sclerosi. Lo *indurimento* superficiale può, risolvendosi nella parte centrale, prender forma *anulare*. Lo si vede alle volte anulare, sin da principio, all'orificio della uretra, così nell'uomo come nella donna; protraendosi nel canale, assume quivi rare volte la *forma*

[1]) Di qui i titoli di *ulcus cum duritie, cum callositate, cum duritie callosa* dei nostri autori — Torello, Mainardo, Ferri, Falloppio, Botallo ecc — della fine del XV°, e del cominciamento del XVI° secolo.

cilindrica. Al bordo della lingua, ai prolabili, sui capezzoli prende, per lo più, la forma *a sella.*

La erosione di solito comparisce, iniziata che sia la infiltrazione ; questa però può non giungere a costituire la durezza caratteristica, che dopo una due settimane dacchè è in vista la soluzione di continuo. Ordinariamente questa si riduce ad una semplice perdita dello epitelio o della epidermide più superficiali — *erosione*; — talvolta, non di frequente vengono distrutte le stesse papille — *esulcerazione*; — eccezionalmente affatto, è distrutto in certa profondità o per lo intero suo spessore il *corion* — *ulcera* —. Il lavoro necrotico di regola non cade, o solo in lievissimo grado sugli elementi costitutivi normali del tessuto, bensì coglie gli ultimi arrivati, i giovani elementi linfoidi: ne sono quasi esclusive vittime gli elementi morbosi di infiltrazione: il morbo divora sè stesso. Ecco che allora, pure apparendo considerevole il guasto, in fondo, esso si riduce a nulla od a poco affatto.

Lo indurimento superficiale si accompagna conseguentemente alla erosione ; la ulcerazione, la ulcera riposano invece sopra

infiltrati nodosi; i quali spesso sono anche puramente erosi. Le erosioni possono essere grandi come un seme di miglio, come una lente, una mandorla; circolari ovalari, punteggiate, lineari; siedono ora sopra una superficie piana o protuberante, spesso proprio al livello del tessuto intorno. Il fondo ne è lardaceo, o gialliccio, o rosso carico, per lo più lucente, verniciato, umido. Unite varie erosioni possono simulare un'erpete — *sifiloma erpetiforme.* — La esulcerazione e la ulcera passano per lo più coi margini loro, sul fondo, gradatamente, per un pendio lento, che può essere ad imbuto.

Di regola, lo indurimento è più esteso della perdita di sostanza, la quale non esce, se non succedano complicazioni, mai una volta, fuori del confine di quello.

Il sifiloma risiedente fuori degli organi genitali — *Sifiloma extra-genitale* — sia esso sull'uomo, o cada sulla donna, può presentare tutti affatto i tratti i più caratteristici; anche alle mammelle muliebri è molto raro non abbia una fisonomia esplicita; ai genitali stessi della donna la massima parte dei sifilomi ci presentò degli indurimenti

squisitamente decisi, per cui potemmo diagnosticarli al primo vederli.

La configurazione dello accidente morboso è cosifatta che si potrebbe sempre dividerlo in due parti, che si coprirebbero esattamente l'un l'altra. Se vari sifilomi si fondono assieme, o se lo indurimento si diffonde con una certa larghezza sui linfatici efferenti, questa simmetria manca; la gangrena, il fagedenismo possono turbarla.

Per lo più il sifiloma ha al centro un colore rosso-scuro o *lilas* carico, con spesso, nel suo seno, delle punteggiature ecchimotiche; gira poi tutto intorno una zona più pallida e dopo questa una rossa più oscura della seconda, più chiara del disco del centro: ne viene uno aspetto iridescente o di coccarda. Altra volta, stante la fitta occupazione da parte di elementi migrati, la piastra indurita è scolorata, quà grigia altrove gialliccia, ecc. La evoluzione stessa del morbo, colle modificazioni inerenti al circolo sanguigno, lascia prevalere ora queste tinte, ora quelle.

La secrezione è sierosa, o siero-sanguinolenta, raramente siero-purulenta; alquanto viscida, facilmente concrescibile, specie in contatto coll'aria. Nel centro, dove le papille

turgide di sangue, sono allo scoperto, può sfuggire qualche goccia di questo ultimo. Qualche volta, la perdita di sostanza si copre con un'essudato difteroide, molto aderente, fibrinoso. Non si ha mai una franca suppurazione, quando non intervengano irritazioni speciali. Le false membrane si formano, quasi esclusivamente, quando il morbo risiede sulle mucose; se invece sta sulla pelle, lo coprono, per lo più, le squamme e le croste; nelle sedi miste, mucoso-cutaneo, come ai prolabii e al prepuzio, può sussistere ad un tempo, da un lato lo essudato grigio aderentissimo, dall'altro le croste o le squamme.

Lo andamento delle due porzioni del sifiloma, può esser assai diverso come dovremo dire più avanti.

Il sifiloma nasce, cresce, si erode e si dissipa, senza, ordinariamente, suscitare dolore: anche i lavacri detersivi, le medicazioni blande, i toccamenti necessarii a riconoscerlo, non ne provocano.

Come in tutti i processi vitali, dalla solo apparente stazionarietà, si passa insensibilmente alla riparazione. Il colore locale si fa più chiaro, si ricolma la mancanza di tessuto, si dilegua lo essudato. Un anello epite-

liale od epidermoidale liscio, lucente, roseo-grigiastro, restringe sempre più la lacuna nel tessuto, e rapidamente la copre per intero. Lo indurimento scema di grado, diventa pastoso, molle, e scompare. Varie volte, per mesi e per anni, rimane una traccia, un residuo dello indurimento, che unito a certa pigmentazione, indica il sito per il quale ha fatto breccia il *virus*. Sono molto rare le volte nelle quali sopravvive una vera, per quanto piccola, cicatrice.

In circa metà dei casi poche settimane bastano ad allontanare affatto dalla località, tutto che vi ricordi il male. Tale scomparsa completa, assoluta, la si constata più spesso sulle mucose, dove la durezza è per lo più piana, e la risoluzione più sollecita, che non sulla pelle [1]. La durata del sifiloma è subordinata a parecchie circostanze. I molto voluminosi e molto compatti cedono a rilento, quelli piccoli, superficiali invece, rapidamente: quelli al collo dell'utero, guariscono con una sveltezza sorprendente, quando quelli stanziati intorno alla uretra e sulla

1) Secondo Puche lo indurimento persiste di raro dopo i 3 mesi, molto più dopo gli 11. In *11* casi vigeva ancora da 300 a 3362 giorni.

pelle, si ecclissano molto adagio. Le irritazioni locali, la incuria, lo stravizio, le complicazioni, la gravidanza — quando esso sieda sui genitali, — possono ritardarne la reintegrazione. Spesso uno o due mesi bastano alla intera evoluzione; si può vedere compiersi questa in soli 20 giorni.

La guarigione la più completa si effettua in modo spontaneo affatto, e le nostre cure non fanno alle volte che frapporci delle difficoltà.

Il sifiloma va contraddistinto adunque dalla durata lunga della incubazione, dalla benignità, indolenza, guaribilità spontanea; può non presentare mai soluzione di continuo; in caso diverso, questa è molto superficiale e di poco momento. Esso talvolta è una lesione delle più insignificanti. Il fatto della sua apparente benignità, congiunto alla lunga durata della incubazione, ed all' essere spesso, collocato fuori dei genitali, fanno sì che magari non resta impressionata abbastanza della sua presenza, la persona più premurosa della propria salute, non il pessimista pur il più vigile e sospettoso.

Irritazioni generali e locali, possono aggravare di nuovo lo indurimento in via

di risoluzione, ricondurlo al grado di sua prima compattezza, e far riaprire un sifiloma chiuso ormai da qualche settimana, da qualche mese; ridargli in pari tempo l'attitudine contagiosa — *sifiloma reduce* [1]). — Condizioni favorevoli di calore, e di umidità, possono agevolare la *trasformazione in sito del sifiloma, in papula umida o placca mucosa.*

Da quanto si è detto risulta che il sifiloma può presentarsi collo aspetto di: 1° *Papula secca, a base indurita*; 2° di *Erosione* od *Esulcerazione piana o ragadiforme con indurimento lamelare — pergamenaceo, papiraceo,* — piano o convesso; 3° di *Erosione* o di *Esulcerazione con indurimento nodoso o calloso*; 4° *di Ulcera.* Questa si mostra in modo eccezionale, *lo indurimento* che l'accompagna è allora, di regola, il *nodoso.*

Lo accidente iniziale è per lo più unico; tuttavia ve ne hanno talfiata due tre insino sei sette, sopra uno stesso individuo. Di solito, se multipli, sono vicini tanto che gli indurimenti singoli, spesse volte nello accrescimento loro, si ravvicinano e si fondono

1) *Chanchre redux*, di Fournier.

assieme. I multipli riconoscono una origine contemporanea, e di conseguente la nascita loro è coeva, o poco lontana. Ne abbiamo però veduti esordire a tre ed a quattro giorni d'intervallo, e Mauriac nientemeno che a dieci giorni di distanza. Alcuni giorni dopo la nascita del sifiloma possono formarsi, per effetto di irradiazione iperplasica, sia nel tessuto cellulare circonvicino, sia in un tratto circoscritto della rete linfatica superficiale, dei focolai di infiltrazione, di ispessimento, somiglianti al sifiloma, e che richiamano quelli indurimenti, che si costituiscono sulla ferita o sulla cicatrice di un prepuzio ecc. d'onde sia stato esportato colla escisione il fatto primo. Questi nuovi addensamenti, non dipendono punto da nuova contaminazione.

SEDI DEL SIFILOMA - COMPLICAZIONI LINFO-ADENOPATIE SINTOMATICHE DEL SIFILOMA

Si è già esposto qualmente la sifilide primaria sia quello dei morbi venerei, che è meno legato di ogni altro ai regolari rap-

porti sessuali, nonchè alla sfera degli organi dello stesso nome. Nelle varie relazioni, dalle più alle meno caste, dalle carnali alle più disaffini ed accidentali, può trovare esso occasione per isvolgersi in punti diversi, cosí degli organi genitali come al di fuori di questi — *sifiloma genitale sifiloma extra-genitale.* — Sommando assieme varie statistiche di autori francesi, risulta che si ebbero sopra un totale di 2065 Sifilomi:

In uomini: ai genitali	1596	*extra*-genitali	77,	tot. 1773
In donne: »	273	»	19,	» 292
	Totale 1969	Totale	96	

Tra gli *extra*-genitali se ne trovano ivi soltanto 2 sulle mammelle, invece 3 alla vagina, 22 al collo dell'utero, poi altri alle gengive, palpebre, mani ecc.

La nostra statistica [1]) ce ne dà un contingente molto maggiore di *extra*-genitali; difatti, sopra un totale rilevante di 410, 366 erano sui genitali, e ben 44 fuori di questi. Negli uomini, gli *extra*-genitali furono 18 volte meno frequenti dei genitali, nelle donne questi pressochè uguagliarono quelli. La causa massima di tale frequenza del sifiloma

[1]) Vedi pagina di contro.

Topografia dei sifilomi annotati e curati dall'Autore dal 1º Aprile 1878 al 1º Aprile 1886.

UOMINI Nº 354	
Lamina int. del Prepuzio . . . . N.	164
Solco glandare . . .	65
Frenulo del prepuzio	29
Balano-prepuziali . .	23
Ghiande	19
Orificio uretrale. . .	16
» prepuziale .	8
Lamina est. del prep.	5
Guajna cut. d. pene .	4
Scroto	2
Interno della uretra.	1
Labbro inferiore della bocca	7
Labbro super. della bocca	3
Rᵉ. sovrapubica . . .	2
Guancia (sinª)	2
Triangolo sup. sin. del collo	1
Triangolo sup. des. del collo	1
Pavimento d. bocca .	1
Lingua	1
Totale	354

DONNE Nº 56	
Grandi labbra . . N.	9
Piccole	8
Forcella	5
Orificio uretrale . .	4
Osculo vaginale . . .	4
Utero (collo)	1 (?)
Mammelle.	16
Labbro inf. d. bocca	3
Labbro sup. d. bocca	1
Natiche (sin).	1
Coscie (destra) . . .	1
Tònsille (destra). . .	1
Guancie (destra) . .	1
Triangolo lat. sup. d. collo	1
Totale	56

Sifilomi Genitali

U. 335 — D. 31 totale 366

Sifilomi *Extra*-genitali

U. 19 — D. 25 totale 44

Totale 410

extra-genitale nella donna, va certo attribuita allo allattamento più che tutto dei trovatelli [1]). In ogni modo, avendo pure il morbo la prerogativa della ubiquità, predilige esso in modo speciale tre focolaj: gli organi genitali, la bocca, le mammelle.

Le dimensioni della sifilosclerosi sono maggiori quando siede alla pelle: laddove questo organo assume la sottigliezza e morbidità delle mucose, essa in genere non raggiunge grande volume; vi hanno delle mucose dove è piccola, quasi irrilevabile, specie per chi non abbia una qualche pratica in argomento. Cosí, nel canale vulvo-vaginale, la durezza può essere circoscritta, di poca durata, in certi tratti poco accessibile. Tuttavia la massima parte dei sifilomi vulvo-vaginali ed uterini, può essere valutata al primo esame, certo che se ne vedono di rudimentarii e fugaci ma non altrimenti di quanto succede ai prolabii, ai capezzoli, ecc. Ci è occorso di incontrare, dei sifilomi uno ad un capezzolo,

1) Le nostre cifre devono essere quelle, nei loro rapporti mutui, le più vicine al vero, avendo noi tra l'altre la cura gratuita dei sifilitici poveri, uomini, donne, bambini, e allo Spedale ed al Dispensario, nonchè delle meretrici infette della città.

uno al frenulo del pene, che esaminati più volte, ci procurarono soltanto la sensazione di uno indurimento pastoso, e guaj se non avessimo tenuto nel debito conto le adenopatie numerose concomitanti. Così nei genitali come altrove, il fatto primo può essere unico, piccolissimo, anodino, effimero, e non presentare mai un indurimento assolutamente patognomonico.

Se il morbo coincida colla blenorragia, colla ulcera venerea, può essere che se ne modifichi il suo aspetto; però i tre *virus* non si escludono, nè si incrociano tampoco il cammino, nè si mescolano e fondono per formarne un quarto; se i due ultimi impressionano uno stesso e preciso punto, la località può in date condizioni assumere uno aspetto male determinato, ma la giusta valutazione non tarda poi molto a rendersi possibile. Il rallentamento nel circolo venoso da gravidanza, emorroidi, ecc., ritarda la risoluzione del sifiloma nella parte congesta.

Come lesione locale esso ha una esistenza più regolare, meno seria e nojosa della ulcera venerea, tanto che può, pure in persone delicate ed accorte, passare inavvertito. In qualche migliajo di casi, si dice ve

ne abbia taluno che dà molto dolore, che nulla giustificherebbe.

Raramente le irritazioni meccaniche, la poca proprietà, le cauterizzazioni violente ed intempestive, gli eccessi di ogni genere, specie nell'uso dell'alcool e nelle fatiche, il deperimento organico, ecc., risvegliano nel sifiloma od attorno ad esso, la infiammazione, e peggio ancora la gangrena oppure il fagedenismo. La infiammazione lo rende rosso-violaceo, nerastro, ecchimotico, lo fa secernere un siero sanguinolento. Se quella agisce attorno ad esso, lo circonda di un abbeveramento edematoso, alle volte pastoso, compatto, il quale svanisce per lo più rapidamente e che può essere momentaneamente spostato colla compressione. La gangrena assale il ghiande ed il prepuzio, massime se vi abbia o sopravvenga fimosi o parafimosi. È più frequente nell'uomo. Può apportare gravi distruzioni. Avrebbe per effetto invariabile, secondo Clerc, di neutralizzare, di distruggere cioè sul sito, la virulenza del morbo; ma risulterà da fatti che verremo esponendo, come non si possa ammettere ciecamente tale influenza. Il fagedenismo è molto meno frequente; si

limita per lo più a distruggere il neoplasma, di rado arriva alle parti sane e dura poco, è molto più mite di quando investe la ulcera venerea. Tanto la gangrena come il fagedenismo, possono poi lasciare sul sito dell'opera loro, una piaga affatto molle [1]).

Le linfo - adenopatie, accompagnano regolarmente il sifiloma ne sono compagne inevitabili. La linfite, colpisce di solito pochi vasi, uno due, che ingrossano dal sifiloma verso una ghiandola delle più vicine in seno ad una delle quali, si riesce rare volte di accompagnarvelo col tatto esattamente. Questa linfite tragettiva, si designa con uno o più cordoni flessuosi, lisci o moniliformi; verso alla origine allargasi talvolta a zampa d'oca — linfiti radicali multiple, — a nastro, con un brusco ingrossamento, maggiore al punto di unione: poco oltre, il turgore può scomparire sotto la mano quasi di un tratto. Il congiuntivo attorno qualche volta si abbevera, si infiltra. Una tale perilinfite, se avviene allo ingiro di molti va-

[1]) Mauriac ha veduto un caso di fagedenismo dolorosissimo alla punta della lingua. Noi uno al ghiande in un soldato che per otto giorni soffriva di spasimi atroci, ogni momento che non era sotto l'azione degli anodini gagliardi.

sellini prossimi l'uno all'altro, può determinare delle durezze ampie, delle vere piastre sotto alla pelle, che in qualche punto può anche rendersi aderente. Alle volte la flogosi del connettivo che col linfatico involge anche le arterie e le vene, riesce a stringere maggiormente assieme gli elementi diversi costituenti il fascio vascolare. Lo ingrossamento, la durezza, la indolenza, la mobilità, la lentezza di risoluzione — 4-5 settimane o mesi — accompagnano tali linfiti. Eccezionalmente si prestano i linfatici ad ectasie, a suppurazioni, a formazioni di fistole linfatiche, attraverso alle quali si può penetrare collo specillo nelle due sezioni del vase, e sentirvi le pareti dure ispessite. Certe tumefazioni nodose, e dischi indurati, e masse irregolari del tegumento, che stanno in qualche malato a fianco del sifiloma, sembra attingano loro origine da queste linfiti. — Le predette linfopatie sono nella donna meno frequenti che nell'uomo. Se sorgono sulle grandi labbra, suscitano uno edema considerevole e magari delle durezze nodose, così nel panicolo del monte di Venere, e nella piega genito-crurale. Indurimenti nel sottocutaneo, aderenti o no alla pelle, possono

essere occasionati da fattori estranei alla sifilide, in località diverse. Così quattro anni sono vedemmo una placca grande come una fava, circoscritta nettamente al tegumento del petto di una donna del resto sana che allattava un bambino non suo, il quale avea una dermatosi che per 3-4 giorni non potè a meno di esserci sospetta. La linfite accompagna solo eccezionalmente il sifiloma *extra-genitale*..

L'adenite a fianco al sifiloma, non l'abbiamo mai una volta veduta mancare: rare volte si riassume nello ingrossamento di due ghiandole, talvolta perfino di una per lato, — così agli inguini, in un caso di sifiloma al ghiande, dove vedemmo il fagedenismo incominciare in 5ª giornata del morbo. — Senonchè, talvolta le ghiandole sono ingrossate prima che avvenga la infezione; talune possono essere state distrutte da suppurazioni precedenti: la grossezza del panicolo può non permettere di sentirne, affatto; il fagedenismo in quanto abbia occlusi i linfatici attorno, può avere impedito lo arrivo alle ghiandole della influenza del morbo. Nei soggetti ormai veterani nelle lotte colla sifilide, una nuova infezione

suscita talvolta una lesione con tutti i caratteri del sifiloma,—incubazione, unicità, configurazione simmetrica, inclinazione dei margini, colore e secrezione speciale del fondo, indurazione della base — tranne uno, l'adenopatia; sono le *Chancroidi* di Diday. Infine, nei 26 casi di inoculazioni sperimentali ve ne hanno sei, a proposito dei quali non si fa menzione dell'adenite. Tutto sommato però, se l'adenite non è la compagna inevitabile del sifiloma, se essa non lo segue come l'ombra il corpo, è certo che costituisce un sintoma dei più costanti, dei più regolari.

L'adenopatia può essere preceduta dalla linfite. Si vedono linfiti gravi seguite da adenopatie lievissime. Queste compariscono nel termine del primo settenario o nel principio del secondo. Come alle ghiandole inguino-crurali affluiscono i linfatici superficiali sia degli arti inferiori, come pure dei genitali compreso il collo dell'utero,nonchè quelli dell'ano e delle regioni adiacenti, così quel qualunque sifiloma,che cada dovunque, però sotto una linea che attraversi l'ombellico, farà tumefare quelle ghiandole stesse. Altrettanto accade per l'epitrocleari ed ascellari riguardo all'arto superiore; per le ascellari e petto-

rali - sotto il margine inferiore del muscolo - rispetto ai sifilomi mammari; per le sottomascellari e sottomentali per quelli alle labbra ed al mento; per le sottojoidee per quelli alla lingua; per le preauricolari per quelli delle palpebre e del naso; in una parola ingrossano sempre le ghiandole che ricevono la linfa dal sito, dove siede la lesione, di regola quelle che a questa sono anatomicamente più vicine.

Non abbiamo dati necroscopici che consentano di precisare il momento nel quale si tumefà la prima ghiandola. Certo che intumidita questa, rapidamente, senza dolore, senza che l'ammalato ne possa avere il più delle volte sospetto alcuno, ingrossano talune altre. In 7-14 giorni, 2-10 ghiandole, per lato, si possono sentire rigonfie, assai dure, non aderenti nè alla pelle nè al tessuto ad esse sottoposto, perciò molto spostabili, indolenti anche sotto la pressione. Fra esse ne spicca, per un certo tratto di tempo, una più voluminosa, quella che ha risentito prima ed in grado maggiore la presenza del male, - ganglio anatomico; - le altre sono tra loro di volume poco diverso. La durezza è uguale in tutte e può essere paragonata a quella di

un tessuto fibroso o cartilagineo, o meglio alla sclerosi iniziale medesima. La risoluzione, porta il ganglio anatomico a poco a poco al volume delle ghiandole vicine: la risoluzione di tutte, può domandare mesi ed anni; può non verificarsi mai completamente; le adenopatie sopravvivono di regola alla sifilosclerosi, ne sono testimonio postumo utitilissimo.

Rare volte è una sola la ghiandola malata; pure, essendo offese parecchie, possono essere così addossate l'una all'altra, che solo le protuberanze numerose della massa, le depressioni varie al suo contorno, ci avvertano della moltiplicità dei costituenti. Tale poliadenite solo eccezionalissimamente suppura. Le irritazioni comuni, la coesistenza di ulceri veneree o di una costituzione scrofolosa, possono esserne le cause. Dato che suppuri stante la influenza della ulcera venerea, fa d'uopo che il *virus* di questa sia entrato nella ghiandola pel primo altrimenti può esso trovarne precluso lo accesso. Risulta evidente come il bubone misto possa benissimo dare pus auto-inoculabile.

La influenza della scrofola sull'albero linfatico, è più grave ed ostinata, che non

quella della sifilide: unite assieme cagionano delle adeniti strumose. Se ne vedono in adulti, che compariscono di sana pianta al collo, sotto la mandibola, ecc, per effetto del sifiloma e, più spesso in prossimità a manifestazioni secondarie. Volume rilevante, rammollimenti, seni, fungosità, ne sono conseguenze quasi inevitabili. Sospesa o scemata la forza della sifilide, la scrofola rinvigorita, può impossessarsi, da sola, dello struma, ed insediarvisi. Quando il tumore è attaccato dalla sifilide di seconda mano, esso si altera meno, di quando questa vi richiama sopra la scrofola.

ANATOMIA PATOLOGICA DEL SIFILOMA

SUA DIAGNOSI

Quando si fa un taglio attraverso la base di un sifiloma, si può avere uno scricchiolio, come quando si taglia un tessuto fibro-cartilagineo. E spontanei ed anche sotto la pressione, escono punto o solo poco, e umore e sangue dalla superficie del taglio, che è rosso-

pallida, lardacea, compatta. Al microscopio si nota una fitta infiltrazione di elementi linfoidi, stretti nelle maglie del connettivo, che dalle papille si estende al *corion* e talora al congiuntivo sottocutaneo; e che riempie uniformemente tutti gli elementi dello stroma.

Le papille sono aumentate di volume: nella parte centrale le si vedono appiattite, ingorgate di sangue, di raro sono distrutte. Lo ispessimento delle tuniche vascolari, costituisce uno dei caratteri più rimarchevoli: concerne precipuamente l'avventizia delle arterie, meno quella delle vene, che possono però diventare grosse e rigide come arterie. Oltre alla infiltrazione dell'avventizia e della parte più esterna della tonaca media, si ha una proliferazione degli endotelii della tonaca interna, la quale talvolta sarebbe così alterata da coagulare la fibrina del sangue (Mauriac). Ma anche senza questo ultimo fatto, può aversi restringimento ed obliterazione del lume dei vasi, specie delle arterie. Tale compromissione vascolare, diminuisce lo afflusso di sangue nonchè il processo nutritivo nella parte infiltrata, dove perciò si compie la distruzione molecolare che prepara

la erosione, la esulcerazione. A seconda che è invasa la sola rete superficiale, od anche la rete profonda, unitamente ai vasi che stabiliscono la comunicazione tra esse due, si hanno indurimenti superficiali e profondi.

Anche i vasi linfatici sono lesi in modo analogo, parimenti i filamenti nervosi, le ghiandole cutanee o mucose, ed i follicoli dei peli.

Uno dei caratteri più rimarchevoli dello infiltrato sifilomatoso si è, che quando viene assorbito, gli elementi propri del tessuto ritornano, per lo più, nelle loro condizioni normali, essendo assai raro che vadano essi distrutti. Talvolta però gli elementi linfoidi si organizzano così da diventare tessuto congiuntivo adulto. In questo caso, la traccia del morbo rimane sul sito per anni, come rimane poi sempre la cicatrice nel caso di scomparsa di elementi costitutivi il derma,

Nelle vie linfatiche, si svolge lo stesso andamento come nel sifiloma, cioè infiltrazione, sostituzione adiposa e riassorbimento dello essudato, soltanto di raro, neoformazione di connettivo.

La diagnosi di sifiloma spesso non è malagevole, qualche rara volta invece è irta di

difficoltà al punto, da non poter esser fatta ad un primo esame. Il sifiloma nascente, il sifiloma nel suo periodo embrionale, possono simulare la erosione, la escoriazione, la screpolatura ecc. la più insignificante, la più innocente. Più inoltrato nella età, può prendere sembiante di efflorescenze sifilitiche differenti — papula, tubercolo, gomma, — e di alterazioni varie punto specifiche, cioè traumatiche, infiammatorie, follicolari, erpetiche, foruncolari, di efflorescenze scabiose, epiteliomatose ecc., ma è sopratutto l'ulcera venerea quella con la quale viene più facilmente confuso.

In generale, i rapporti etiologici, la lunga durata della incubazione, l'insorgere ed il decorrere lento, anodino, aflegmasico, magari sino alla riparazione, che può seguire spontanea; la superficialità della soluzione di continuo, lo indurimento colle sue caratteristiche, l'assenza di successive auto-inoculazioni, la poliadenite linfatica, sono i punti che agevolano il riconoscimento. Senonchè, i due dati primi, molto di rado possono essere utilizzati; quelli che seguono sono turbati talora da fattori peculiari — sudiciume, fimosi, gravidanza, irritazioni curative, ecc.;

— può non sussistere al momento dello esame la durezza della base; può questa non comparire decisa mai; in fine le adenopatie, o perchè non si avvertano o perchè sieno svisate, assistono alle volte o punto o poco affatto. Lo apprezzamento deve sempre sfruttare lo intero quadro clinico; vi sono casi, sieno pure eccezionali, dove se non si usufruisce di tutto, vengono intanto i sintomi generali a darci la lezione. La sclerosi e più ancora le adenopatie, ci consentono da soli, la massima delle volte, la diagnosi diretta.

Le sclerosi nodose, sono le meno sfuggevoli; quelle lamellari addimandano un esame più attento. Le si rilevano premendo la parte tra le dita, nella direzione della superficie. Conviene applicare il pollice della mano destra, al contorno indurito, l'indice pure alla circonferenza di questo al punto opposto, afferrando, così la piastrina indurita, come se si volesse sollevarla, o distaccarla dalle parti sottostanti, per esaminarla isolatamente; quindi si deve stringerla premendo sempre in direzione parallela alla superficie. Si pone mente allora, se, a caso, nello sforzo per avvicinare tra loro le dita, si percepisca una resistenza maggiore di quella normale

del tessuto vicino ; se questa durezza, incominci o no bruscamente : se si inarchi la piastra si può misurarne lo spessore, che si potrà mettere a confronto con quello del tessuto sano ; se si prema sul punto prominente della piega, si avverte ancora meglio lo spingere che fa il bordo indurito nel polpastrello delle dita. Talvolta giova assai far scorrere una piega del tessuto tra le dita come se fosse la piega di una stoffa, della quale si volesse conoscere la morbidezza, la sofficità. In alcune località — osculo vaginale, collo dell'utero, uretra, gola ecc., -- lo indurimento lo si percepisce e valuta, solo a mezzo di manovre particolari. Solo in casi eccezionalissimi, non riusciamo ad accorgerci della esistenza di questo mutamento. Se poi, sopra un sifiloma si sviluppi una ulcera venerea, o se esso incorra nel fagedenismo, nella gangrena, può la sclerosi o non aver avuto tempo sufficiente per svilupparsi, o sviluppata può essere stata rimossa. Talvolta, in giro allo indurimento si sviluppa infiammazione, edema, che lo nascondono. Ora la pressione esercitata sullo indurimento specifico, non ne fa uscire punto o solo poco siero, per cui essa non giunge a plasmarlo sotto altra

forma; la pressione sullo abbeveramento infiammatorio acuto invece, sposta varia copia di umore, lo fa passare nel tessuto ambiente, e smaschera così la sclerosi che vi fosse a caso racchiusa. Se si cercherà poi di raggiungerla premendo in varie direzioni, potrà avvertirla prontamente, sotto forma di un nocciuolo compatto centrale.

Certe sostanze quali lo allume, il sublimato corrosivo, il solfato di rame, il nitrato di argento, il nitrato acido di mercurio, la cenere di zigaro, ecc., possono suscitare sotto a dei crepacci, a delle soluzioni di continuo, le più comuni delle durezze, che simulino la sifilosclerosi nel modo il più ingannevole. Altrettanto giungono a fare i preparati arsenicali, nelle persone che vi lavorano attorno; in modo equivoco sanno pure atteggiarsi le basi di vegetazioni, che sieno state cauterizzate col nitrato mercurico, coll'acido nitrico, ecc. Si devono interrogare in tali casi così gli antecedenti, le note infiammatorie e le concomitanze in genere, come pure la sede del male, l'assenza di recenti poliadeniti indolenti e, se facccia mestieri, lo andamento clinico ulteriore.

Nel solco balano-prepuziale e nella corona del ghiande si hanno talune lesioni follicolari dette foruncolo-acneiformi od antracoidi, le quali suscitano una durezza bene delimitata e salda, però a decorso acuto, con molto dolore, con febbre, con eliminazione di uno stralcio necrotico e senza adenopatie [1]).

Dopo la circoncisione, il prepuzio residuo, può farsi grosso e consistente : e così del pari talune ghiandole vicine; però tali fatti si compiono poco dopo il taglio, e in via subacuta. Così nelle bambine la vulvite, può mettere in iscena delle errosioni con indurimento sottostante. Tale vulvite è di solito sintomatica di condizione generale linfatica, ed è secondaria ad interrigine, a catarro vaginale ecc.

Ogni ispessimento nella fossa navicolare che sia senza connessione col meato, di regola nasce da blenorragia, anche qui del resto, si consultino le ghiandole. Le ghiandole in generale meno direttamente esposte agli agenti esterni, ammalano, per solito, con una

1) Vedi : Contribuzione allo studio delle lesioni non virulenti dell'organo virile — L'A. Gazzetta Med. Prov. Venete, Anno 1880, N. 23.

gravità che oscilla meno di quella del sifiloma e che non dipende dalla gravità di questo, ed atte come sono a sopravivere al sifiloma racchiudono un valore diagnostico speciale, il più importante di tutti. Senonchè non si può sempre contare su questo soccorso quanto si vorrebbe: ripeto, l'adenopatia può mancare, o non essere avvertibile, o non avere per ragioni speciali all'individuo, una significazione univoca e decisa.

Misuriamo ora il divario tra il sifiloma da un lato, l'erpete, l'ulcera venerea, lo epitelioma dall'altro:

ERPETE INFIAMMATORIO	SIFILOMA
1. Eruzioni di vescichette a gruppi, accompagnate a prurito, a cuociore; a decorso acuto; regolarmente disposte a recidive numerose, per cause comuni;	1. Comparsa di una macchio-papula, a decorso lentissimo, anodino; in casi estremamente eccezionali recidivante dopo varii anni, e che addimanda sempre la specifica infezione;
2. Erosioni multiple migliari, o più grandi in seguito a confluenza, e allora sempre policicliche, di colore rosso-vivo; base non indurita, senza risentimento ghiandolare - di	2. Soluzione di continuo unica e più grande, meno superficiale, non policiclica, non molesta, su base sclerotica; con a fianco la poliadenite indolente, a riparazione

rado ingrossata una sola ghiandola, che eccezionalissimamente suppura. — Erosioni a riparazione spontanea, rapidissima.	spontanea, però più lenta e meno stabile, e che lascia sopravvivere lo indurimento, che le sta sotto.

ULCERA VENEREA	SIFILOMA
1. Nasce esclusivamente da un'altra ulcera venerea dei tegumenti, oppure delle vie linfatiche;	1. Nasce da contagio a mezzo del secreto di sifiloma, o di sifilidi secondarie, o del sangue di soggetto sifilitico;
2. In 12-36 ore, dal contagio, comincia la lesione, che si matura nella prima settimana;	2. Havvi costantemente una incubazione, che dura 2-4 settimane;
3. Incomincia con una pustola, raramente quale ulcera aperta;	3. Esordisce con una macchia, più spesso con una papula, o con un tubercolo;
4. Di solito si hanno molte ulcere e ciò per innesti molteplici, simultanei, ma più spesso per autoinnesti successivi, a distanza anche di varie settimane dal primo all'ultimo;	4. Più spesso il focolajo è unico; se sono molteplici riconoscono un contagio simultaneo, in via di eccezione contagi successivi, compiutisi pochissimi giorni dopo il primo;
5. In via ordinaria distrugge gli elementi costitutivi l'integumento, per buona parte o tutto lo spessore;	5. Di regola sfiora la pelle, distrugge quasi soltanto, gli elementi di infiltrazione;

6. Per lo più i margini della ulcera sono arrossati, tagliati a picco, dentellati, scollati: il fondo è grigiastro, lardaceo, ineguale, anfrattuoso; secerne larga copia di pus inoculabile su altri e sul portatore. Manca lo indurimento, e se esiste è pastoso, dolente, decisamente infiammatorio, di breve durata. La riparazione effettuasi per lo più con una vera cicatrice, permanente;	6. Veri margini, per lo più mancano; se esistono, son declivi ad imbuto, aderenti al fondo: questo è di solito liscio lucente od irridescente, coperto alle volte da pseudo--membrana; dà una secrezione scarsa, sierosa, non inoculabile sul portatore; la base sotto ha una durezza fibrosa o condroidea, bruscamente delimitata, poco o punto riducibile e indolente alla pressione, che persiste compatta per alcuni mesi: la riparazione non effettuasi di solito con tessuto di cicatrice, e permette alla sclerosi di riaprirsi;
7. Di rado si ha la infiammazione dei linfatici emergenti. Le ghiandole in circa 1[3 di casi restano illese. Altre volte, una, in uno od ambedue i lati, infiamma acutamente; esiti frequenti ne sono la suppurazione non chè la ulcerazione, con prodotto inoculabile al paro della ulcera stessa;	7. È abbastanza frequente lo ingrossare dei linfatici emergenti. Con una pressochè assoluta regola, le ghiandole più vicine si fanno grosse, compatte, rimanendo mobili, indolenti: se, eccezionalmente, suppurano, non è tanto per effetto della ulcera, quanto di cause coefficienti, il pus non genera sifiloma sul portatore;

8. Sono lesioni, così l'ulcera come l'adenite, accompagnate da vivo dolore e che si complicano, non infrequentemente, col fagedenismo e colla gangrena;	8. Il sifiloma e la poliadenite sono così indolenti, che sfuggono, non rare volte, all'attenzione del malato stesso. Il fagedenismo, la gangrena, vi sono assai rari;
9. La ulcera può cogliere un soggetto stesso un numero infinito di volte;	9. Il sifiloma conferisce per molti anni la immunità da un altro sifiloma;
10. È trasmissibile agli animali;	10. Non è abbastanza comprovato, che non sia di esclusivo privilegio della razza umana;
11. È affezione che si esaurisce là dove nasce, senza attossicamento dell'organismo;	11. Si collega ad una malattia dello intero organismo;
12. La cura interna col mercurio, può essere di danno, mai di vantaggio	12. Migliora sotto l'uso interno del mercurio.

Tutto questo talvolta non basta ancora per decifrare talune lesioni. Si può ricorrere allora all'anamnesi: vedere se l'individuo abbia avuto o meno sifilide per lo passato e a quale distanza: si può passare al confronto tra l'infettante e lo infettato; potrà giovare uno innesto sul portatore stesso, altrimenti si dovrà attendere il decorso ulteriore del morbo.

Quando, in una stessa località, si svolgono vicini o sovrapposti, ad un tempo, o successivamente, ambedue i fatti morbosi, può non essere facile scoprire il sifiloma. Solo una investigazione analitica, minuziosa, sui contatti, e circostanze diverse, che possono avere ammalato il nostro soggetto, estesa quindi alla evoluzione, alla fisionomia, alle complicazioni del morbo; inoltre, gli innesti spontanei ed artificiali, l'epoca dei sintomi soggettivi ecc. ci consentiranno di valutare le eventuali trasformazioni, le varie sembianze e tappe della condizione morbosa. Una ulcera che dà del pus, per sua spontanea forza, auto-inoculabile, e che nel tempo stesso provoca manifestazioni sifilitiche, non può essere altrimenti che una ulcera mista.

Non minore sottigliezza e accuratezza d'indagine si reclama, quando il fagedenismo o la gangrena abbiano svisata la lesione prima e distrutto il suolo che la sosteneva. Talora, in questi casi, se non porge luce l'anamnesi, bisogna proprio attenderla dai sintomi generali.

Il sifiloma può essere mascherato da prodotti infiammatori come già si disse, così da

una secondaria balano-postite. Ora ogni balano-postite con fimosi, che sorge lontana dall'ultima coito, in individuo che non vi vadi soggetto, e la quale proceda con sintomi calmi, con edema prepuziale moderato e con secrezione scarsa, deve invitarci ad un esame attento delle due superfici mucose, e delle ghiandole inguinali. Più esattamente abbiamo:

NELLA BALANO - POSTITE DA ULCERI VENEREE	NELLA BALANO - POSTITE DA SIFILOMA
1. Infiammazione rapida intensa, molto dolore, molta secrezione di materia densa, e sanguinolenta;	1. Flogosi lenta, lieve, poco dolore, poca secrezione e più tenue;
2. Frequente l'edema acuto, lo arrossimento della pelle, il flemmone;	2. Infrequente lo edema, che in questo caso si forma a rilento, e si fa plastico;
3 Secreto auto-inoculabile, facili le ulceri al bordo; abbeveramento pastoso sotto alle dolenti ulceri; facili le linfiti e più le adeniti acute, nonchè le complicazioni sulla ulcera stessa;	3. Secreto non auto-inoculabile, focolaj in numero minore, poco dolenti, con indurimento ed adenopatie caratteristici, rare le complicazioni sul focolajo. Al dorso dell'asta sussiste spesso la linfite;
4. La scopertura del ghiande, è più che tutto, ostacolata dal dolore.	4. La scopertura del ghiande è ritardata anzitutto, dallo infiltrato.

Casi di Blacheyre, di Hertaux, ci avvisano delle analogie che possono correre tra sifiloma ed epitelioma; e noi pure sappiamo di un nodo che venne estirpato da un prolabio, in quanto lo si credeva di epitelioma, e che non era altrimenti che un sifiloma.

L'epitelioma è quasi proprio alla vecchiaja, alla età inoltrata. E più frequente nei punti di passaggio della cute nella mucosa; incomincia e si allarga per via di noduli; che si appongono l'uno a ridosso dell'altro. Il suo sviluppo è molto più lento di quello del sifiloma, ma via via cammina incessante per mesi per anni, sino alla morte del paziente. La guarigione spontanea è così eccezionale, da potersi clinicamente dire ineffettuabile. Si accompagna a dolori talfiata molto vivi, e ad adenopatie che sorgono per lo più solo dopo mesi ed anni dal suo principio. Può presentare focolaj vicini e lontani per sede e tempo, d'identica natura istologica. La ulcera epiteliomatosa è meno regolare, più profonda, che non sia la perdita di sostanza del sifiloma; ha margini tumidi, quà e là scollati, sinuosi, fondo inuguale e che secerne materia più copiosa e densa, che

non faccia il sifiloma, presenta dei granuli biancastri: la durezza sua non è mai cartilaginea, e neppure fibrosa, ecc. Il suo perdurare senza sintomi generali d'infezione, l'esame istologico, data l'incertezza, possono fornire criterii perentorii.

PROGNOSI E TERAPIA DEL SIFILOMA

Nel pronostico si deve valutare il sifiloma per sè stesso, e più ancora nei suoi rapporti colla infezione generale. Per conto suo è una lesione lieve, indolente, che guarisce spontanea, che solo in casi eccezionali ed in grado per lo più lieve incorre in complicazioni. Risiedesse pure alle labbra, alla lingua, alle guancie, alla golla, non abbiamo mai potuto accorgerci che esso turbasse, in grado rilevante, la masticazione, la deglutizione, meno ancora le funzioni gastriche. Le linfo-adenopatie stesse, che lo circondano, non cagionano, regolarmente, molestie degne di nota.

Esaminiamo il sifiloma rispetto alla infezione dalla quale viene, ed all'altra colla

quale si collega. — Non è vero che si avrà una infezione mite o grave a norma sia esso partito da manifestazione primitiva o secondaria, leggera o profonda; sono quasi esclusivamente le attività organiche dello infetto, che tracciano la forma ed il decorso alle manifestazioni primitive e generali; perciò non è da occuparsi tanto del focolajo dal quale si è procurato il morbo il nostro paziente, quanto delle condizioni generali proprie a quest'ultimo.

La durata stessa della incubazione, non dice nulla di positivo sulla importanza dello accidente, nè delle sue conseguenze.

Bassereau, Langlebert, Diday si sforzarono di trovare un rapporto, tra la mole, la importanza del fatto primo, e la gravità delle successioni sue – *legge di concordanza* —. È per lo più vero che i sifilomi fagedenici, annunziano espulsioni cutanee pustolo-ulcerose precoci, esostosi, carie ecc; ma oltre a questo limite, non può essere allargata la correlazione, senza che si vedano le eccezioni infirmare troppo di sovente la regola. Del resto vedremo, come anche tra le forme secondarie e le terziarie, non regga un analogo parallelo.

Nei soggetti linfatici, negli scrofolosi, negli alcoolisti, in quelli depressi per qualche malattia locale o costituzionale, nei vecchi e nei bambini, la infezione suole avere peggiori conseguenze; negli uomini le manifestazioni secondarie, sono più ripetute, più forti e tenaci che non nelle donne, nelle quali sono, forse, relativamente più frequenti le alterazioni terziarie. La gravidanza peggiora il pronostico: altrettanto fanno pregresse malattie nonchè la vulnerabilità di certi sistemi, ad esempio il nervoso.

Complessivamente, taluni modi di essere più del soggetto che della forma primitiva, ci mettono in grado di prevedere la benignità o meno delle eruzioni prossime; ma non abbiamo, a rigore, dati attendibili, dai quali desumere quale sarà l'avvenire più lontano di un individuo sifilitico.

Certo che in un bujo che nasconde tante tristi possibilità, sarebbe vantaggio rilevante quello di soffocare il germe morboso od allontanarlo, prima che iniziasse la lunga serie delle sue conseguenze. Ma anzitutto, penetrata nei tegumenti la materia contagiosa, se ne ha oppur no la infezione immediata, istantanea dello intero organismo? Si

trattiene esso, si rinvigorisce dapprima sul sito, oppure manda subito innanzi nei liquidi e nei solidi della economia le sue emanazioni? *Nasce la infezione col sifiloma, o dal sifiloma?*

A risolvere questo quesito, a rigore, sarebbe necessario, vedere anzitutto se vi abbia o meno l'incriminato virus (?) nel sangue ed in altri umori, subito che si sospetta la insorgenza della sifilide primaria. Se si pone mente al modo col quale procedono talune analoghe infezioni; all'ordine secondo il quale via via si costituiscono le prime alterazioni materiali, poco dopo all'infezione; se si ha fondato motivo di credere che la infezione che coglie la gestante nei due ultimi mesi, non faccia proprio tempo di assalire il feto, certo si può venire nell'idea, che vi abbia una infezione localizzata, dalla quale solo più tardi si matura quella generale. È appunto questo concetto porterebbe o a distruggere o ad allontanare il sifiloma, allo scopo di premunire dal pericolo di infezione l'organismo.

Tale *trattamento*, fregiato del titolo lusinghiero di *abortivo*, è stato raccomandato

da Giovanni Vigo — 1508 — ([1], da Blegny 1695, — da Hunter — 1787, — più tardi da Ricord — 1856, — da Sigmund — 1855 e 1867, — da Hueter — 1876, — da Auspitz — 1877, — da Unna ecc. Per quanto seppimo raccogliere, sopra un totale di 460 sifilomi trattati dal 1867 a tutto il 1885, con tale metodo, quasi tutti colla escisione, si reputa di avere avuti 74 successi. Bumm in 12 casi — 1882, — non osservati, a nostro giudizio, abbastanza a lungo, estirpò anche le ghiandole ingrossate concomitanti. Ciò facendo, non ci sembra commettesse il Bumm una esagerazione. In verità non riuscimmo mai a persuaderci, come mai i vasi linfatici, che pur assorbono e con tanta prontezza, i più differenti *virus* e, persino, taluni elementi cellulari e granulari, di sostanze venute dal mondo esterno, dovessero tumefare in prossimità ad un sifiloma senza proprio non fosse penetrato in essi punto di *virus*. E tanto più ce ne è sembrato sempre diretta-

[1]) « In primis veniendo ad originem morbi, videlicet ad pustulas, quae solent accidere in virga, sine aliqua temporis intermissione, protinus medicamine acuto malignitatem earum interficiente, sunt delendae, ut exinde, earum malitia per totum corpus non extendatur. » Aphrodisiacus.

mente colpevole almeno in parte il *virus*, e per il carattere aflegmasico del sifiloma, e per l'ammalare che fa l'albero linfatico, in tanta estensione e gravità prima di ogni altra cosa. Noi abbiamo cimentata la cura abortiva sopra nove persone, e solo una ci sembra non abbia sofferto della lue generale. Ma notisi bene fallirono le prove di Mauriac, che esportò tre sifilomi a 50, 48, 40 ore dalla loro comparsa; quella di Bumstead e di Keies che li tolsero il giorno stesso della insorgenza; del compianto nostro Rasori sebbene a sole 12 ore dopo, e perfino di Bulkley Hill, che con acido nitrico fumante, cauterizzò tutta la superficie di lacerazione del frenulo di un uomo, 11 ore e mezzo dopo avvenuta nel coito la rottura.

Pure, ammettendo che l'individualismo abbia una gran parte nella prontezza di diffusione del *virus*, la somma meravigliosa di successi di taluni medici non può a meno di suscitarci qualche dubbio. Così è supponibile che l'alterazione sulla quale si ha agito, non sia stata sempre un sifiloma, bensì una ulcera venerea, una piaga comune, una lesione traumatica, una gomma ecc. In varii casi, la osservazione non è stata abbastanza

lunga. Che si abbia commesso errore di diagnosi, nessun stupore, poichè per agire con speranza di riuscita, bisogna cogliere la lesione in un momento in cui non suole essa avere ancora una fisonomia troppo decisa; d'altra parte, i raffronti tra il malato ed il supposto infettante, non sono più spesso possibili e sono talvolta fallaci, e l'esame istologico del pezzo, malato così di fresco, suole non dare alcun deciso risultato. Oltre allo sbaglio di diagnosi, la disattenzione dell'operato, può concorrere a storpiare la statistica. Sentiamo insomma di non poter nè dover accettare assolutamente, le brillanti statistiche di taluni autori.

Se vogliamo tentare la cura abortiva, è necessario che colla scorta rigorosa della data e del modo di nascere, della durata del periodo di incubazione, della unicità ed indolenza della nessuna purulenza, ecc. del focolajo, ci procuriamo la convinzione, o almeno la più completa persuasione della indole sua sifilitica. Vediamo di esser certi che manchino tuttora le adenopatie. Si procuri di agire sul sifiloma se ed in quanto, sia possibile allontanarlo o distruggerlo in sito interamente, anzi con alquanto di tessuto

sano tutto intorno, e ciò sotto una antisepsi rassicurante. Non si imbrattino malamente i bordi della ferita, i quali potranno talora venire suturati. Per distruggere il focolaio sul posto, si impieghi poi il termo-cauterio. Si esamini quindi l'operato in tutto il suo corpo, non meno di ogni quindici giorni, per non meno di sei mesi.

La cura detta abortiva talvolta rimpiazza una lesione che può rovinare altre persone, che può dar noja e dolore, che può riaprirsi, ecc., con una cicatrice pronta ed innocente. Il metodo può convenire alla profilassi sociale; non si può negàre che non valga a mitigare le conseguenze della infezione. Imponiamoci dunque di non ritenere come giudicata la grossa questione; pensiamo però bene che sono eccezionalissimi i casi nei quali si può ricorrere alla cura abortiva, con una pure piccolissima lusinga di vittoria.

La medicazione locale da praticare, in via ordinaria, sul sifiloma, è presto detta: meno si fa, meglio è. « Con la igiene, dell'acqua, e delle filaccia lo si guarisce facilmente e rapidamente, o piuttosto lo si lascia guarire; e non c'è altro da fare, perchè la sua tendenza è di guarire da solo e spontanea-

mente. Fournier. » È però bene fin dalla comparsa di questo accidente, fin dal primo ingresso nel territorio della sifilide, evitare le fatiche materiali, la esposizione alle temperature estreme, ai passaggi bruschi, allo stravizio ecc. come si dirà nella Terapia della Sifilide. Sarà bene tenere detersa e protetta con bambagia o con tela spalmata di Empiastro mercuriale, la parte, o passarvi sopra, mattina e sera, dello Unguento cinereo o di calomelano, per favorire la risoluzione dello indurimento o dell'Iodoforme.

Nelle balano-postiti infettanti, le iniezioni con soluzioni di acido fenico, o di sublimato corrosivo, potranno non bastare ad impedire una minaccia di gangrena da compressione, ed allora si sbriglierà il prepuzio mercè incisione. All'orificio della uretra e più avanti nel canale, potrà il sifiloma restringere da imbarazzare la mizione: allora è utile intervenire a tempo con candelette coniche a ventre, o coi dilatatori di Dittel ecc. Non si lascierà da parte lo unguento o l'empiastro mercuriale, che si dovrà introdurre nella uretra, e neppure un prudente massaggio. Il Nitrato d'argento può servire quando il fondo è cotennoso o troppo ve-

getante, oppure atonico; del resto, non è necessarío, e può irritare soverchiamente.

Le adeniti se ne vanno anche da sè. Se incorrono in rammollimenti, se formano strume, si può valersi di quanto si è detto nella cura delle adenopatie veneree.

Allo apparire del sifiloma si deve appigliarsi immediatamente alla cura generale — *cura preventiva*, — oppure è egli meglio aspettare le manifestazioni secondarie — *metodo della aspettazione* — ?

Da parte nostra, per tre anni, abbiamo fatto la cura preventiva a mezzo dei mercuriali, per due anni cogli iodini; questi ultimi sette anni invece abbiamo attesi i sintomi della lue generalizzata, prima di ricorrere ai cosidetti specifici. Finora non ci siamo potuti capacitare punto, che le conseguenze della aspettazione sieno disastrose; nè che la cura preventiva salvaguardi l'avvenire meglio che quella aspettativa, purchè sia questa fiancheggiata da una igiene sana, rigorosa, continuata quanto si conviene. L'ioduro di potassio sembra avere una certa maggiore influenza sulla febbre, del mercurio. Questo, senza dubbio, può affrettare la risoluzione della sclerosi. Non ci è sembrato

ritardare ed attenuare esso le forme secondarie, meglio delle convenienti e rigorose discipline igieniche, e di alcune misure destinate a dare maggiore resistenza alle gengive, alla gola ecc. che altrove esporremo, massime in quei casi nei quali si avea procurato col mezzo dei ferruginosi, dei tonici, degli antistrumosi, di scemare la vulnerabilità del soggetto. Due mesi di cura generale prima delle manifestazioni, non sono certo indifferenti per un'organismo, che giunto alle prese con quelle, risente poi meno la influenza di quei rimedi stessi, ai quali l'uso accostuma. L'igiene, taluni avvedimenti a rinvigorire talune località e l'intero organismo, chiamato a lottare contro le manifestazioni generali, dânno i migliori risultati, sono i migliori profilattici. Non sappiamo escludere la possibilità che il mercurio, usato quale mezzo di cura generale, per varie settimane di seguito, non favorisca, per avventura, alcuni fatti iperemici nella bocca, e nella gola, che, per giunta, potrebbero in seguito richiamare delle espulsioni specifiche, e renderle più ostinate. Infine, nella massima parte dei soggetti, le forme secondarie sono delle più benigne delle più miti, ed in parte atte a spon-

tanea risoluzione. Nè il mercurio nè l'iodio impediscono alle manifestazioni di comparire, anzi continuano soventi quà e là le eruzioni pur durante la più opportuna introduzione di tali rimedi, attalchè si direbbe che essi non agiscono punto contro il germe del morbo, ma solo contro le sue figliazioni.

Se a caso il sifiloma viene assalito dal fagedenismo, dalla gangrena, allora si ricorra al trattamento generale per averne più rapida la guarigione. Ma pure in questi casi, se si contasse proprio di prevenire, di tal guisa, una forma grave precoce, si peccherebbe di fanatismo o di inesperienza.

Ammesso che le forme gravi nei poveri sono il risultato complesso, della malattia, della negligenza, della miseria, della assenza assoluta della igiene, credasi pure, non guadagneranno molto da un trattamento preventivo, se vi controagisca la sbadataggine, il nessun amore alla sobrietà, alla nettezza ecc.

L' igiene è elemento indispensabile e prezioso nel periodo primo, nella seconda incubazione come in tutto il tempo della malattia. Si sarebbe tentati a dire che il mercurio e l'iodio sono di una efficacia sorprendente

nello allontanare le manifestazioni, addirittura prodigiosa quanto più quelle sono cronologicamente gravi, ma non posseder essi che assai scarsa o nulla virtù profilattica. Questa, cioè la lotta contro la causa prima del male, sarebbe di spettanza della igiene, la quale al comparire del nemico, ci consentirà negli specifici un'arma nuova rispetto all'organismo, la più acconcia rispetto all'atteggiarsi, in ogni singolo caso, del nemico, che possiamo solo allora apprezzare precisamente, così riguardo alla sua forma, come anche alla sua gravità.

APPENDICE

DOTTRINE SIFILOGRAFICHE — IDENTISMO, UNICISMO, — DUALISMO.

Dal 1492, anno in cui la sifilide colla sua terribile diffusione, attrasse l'attenzione dei medici, a tutt'oggi regnarono e regnano intorno al suo modo di esordire divergenze considerevoli.

I medici italiani del XV e XVI secolo avvisarono ad una distinzione, sufficientemente precisa, tra blenorragia e sifilide — Massa, Torella, Fracastoro, Benedetti, Marcello Cumano, Falloppio, — e non mancò tra essi chi porse una descrizione distinta della Ulcera venerea — Falloppio 1571. — Ciò non impedì che la origine comune dei tre morbi dall'atto sessuale, non spronasse più tardi i medici a riconoscerli siccome *effetti di uno identico virus* — IDENTISMO. — Morgagni nostro, dimostrò che la blenorragia è legata rarissimamente alla esistenza di una ulcera uretrale. Gli studi ed esperimenti inoculatori, di Balfour — 1767, — di Tode — 1777, — di Bell — 1793, — di Bousquillon — 1802, — di Hernandez — 1812, — ed ancora più, quelli di Ricord, che dal 1831, al 1837, fece migliaja di inoculazioni di pus blenorragico, e nessuna fu seguita nè da ulcera nè da infezione, dimostrarono la *non equipollenza tra il virus blenorragico ed il virus sifilitico* — NON IDENTISMO —.

Giovanni Hunter — 1728-1793 — raccolse in

modo particolare l'attenzione sopra le ulceri; le distinse in ulceri dure ed in ulceri molli, rilevò la connessione della ulcera dura con la sifilide generale. Egli praticò tentativi di inoculazione in soggetti sifilitici e concluse, che nè il secreto della ulcera dura, nè il secreto della sifilide secondaria, sono inoculabili al portatore; considerò la ulcera dura, come l'affezione primaria della sifilide, come la unica e sola cagione della stessa — DUALISMO. —

Ricord si attenne, sino al 1852, ad un concetto molto vecchio, che cioè se il pus della ulcera in genere penetri nelle vicine ghiandole linfatiche e le trascini a suppurazione, il processo — sifilide — sarebbe morto in seno ad esse ed estinto affatto il principio infettivo; che se superi il contagio una tale barriera, e si stenda oltre nell'organismo, dopo che la base della ulcera primaria è diventata dura, nascerebbe allora la sifilide generale. Secondo tale dottrina, il *virus* delle due ulceri sarebbe stato *uno* con effetti varii a norma le condizioni della forza sua, e massime della resistenza del terreno — UNICISMO. — Ma intanto Waller con suoi esperimenti, intrapresi non già come Hunter e Ricord sopra soggetti sifilitici, ma sopra persone affatto scevre di lue, dimostrava e misurava la contagiosità dei prodotti della sifilide secondaria e del sangue. Si poneva allora maggiore attenzione ancora al valore pronostico della sclerosi.

Fino dal secolo XV si avea rimarcato la significazione di tale indurimento. Più tardi Pareo lo dichiarava esplicitamente il segno proprio delle ulceri che daranno

la lue. Il Petit confermò questo giudizio, che meglio apprezzarono l'Hunter ed il Ricord. Un discepolo di questo ultimo, il Bassereau, appoggiandosi su notizie storiche e più alla osservazione ed ai risultati del confronto tra gli ammalati di ulcera e quelli che aveano fornito loro il contagio, concluse — 1852, — che la *ulcera molle* e la *ulcera dura* dipendevano non già, da differenze del terreno, quanto invece *da differenze essenziali del germe virulento*. Che vi aveano dunque due sostanzialmente differenti contagi ulcerosi, che di questi uno era atto a suscitare un processo localizzato ed incapace a spingere la sua efficacia oltre al più vicino pacco ghiandolare, e che si esauriva sul posto, quando l'altro poteva dare l'ulcera dura e la successiva sifilide generale — DUALISMO FRANCESE. — Rollet sistemò maggiormente codesta dottrina, e la puntellò collo spiegare taluni fatti, in apparenza contradditorii e che potevano indebolire la dottrina, mediante la teorica della simultanea o successiva azione sopra uno stesso sito del *virus* della ulcera venerea e di quella sifilitica: anche la pratica della sifilizzazione veniva ad offrire l'appoggio di nuovi fatti allo anzidetto dualismo.

Taluno intanto osservava che collo innesto di secreti sifilitici negli individui sani, si ottiene non tanto una ulcera quanto uno indurimento. Parte da questo punto la dottrina del DUALISMO TEDESCO, promulgata da Bäresprung nel 1860, secondo la quale, lo indurimento solo costituisce il carattere differenziale non tanto tra ulcera venerea e sifilitica, quanto tra laul-

cera venerea e la sifilide; poichè la sclerosi non sarebbe già la causa quanto la conseguenza, la conferma della sifilide costituzionale, e precederebbe sempre la formazione della ulcera.

Vi avrebbero dunque un *virus* della ulcera venerea, più il *virus* siflitico.

Sigmund, che ebbe una parte notevole nello sviluppo della sifilografia, nel 1860-61, avea difeso lo unicismo; nel 1864 mutava avviso così, come dopo il 1852 avea fatto Ricord stesso, e dichiarava che «il concetto, di due gruppi morbosi, l'uno dall'altro essenzialmente differenti, è fondato sulla osservazione degli ammalati; e l'idea che esistano due fondamentali materie di contagio, affatto diverse, sgorga da quella osservazione ed ha per sè la induzione e l'analogia. Con questo dualismo, soggiungeva, si spiega nel modo più semplice e giusto, che con ogni altro concetto, i processi di quelle malattie — «ulcera venerea e sifilide — ». Ammetteva la sifilide inizii sempre colla sclerosi, accettava la ulcera mista ecc.

Del resto il dualismo, nè il francese nè il tedesco, che è più restrittivo ed assoluto, raccoglie concordi tutti i medici. Vedemmo come sia disputabile il rapporto di tempo tra la infezione generale e la locale; ma vi ha di più, non mancano cio è tuttora i partigiani dello unicismo e non sono consumati neppure i fedeli allo insostenibile identismo. «La clinica e lo esperimento, scrive Kaposi, hanno constatata la sicurezza della trasformazione delle forme primarie — ulcera molle, ulcera dura, papule — l'una nell'altra e nelle

produzioni della sifilide generale, da ritenere che tutte queste forme derivino da una unica sorgente ». L'argomento delicatissimo, non abbastanza illuminato delle inoculazioni artificiali, (') la reale possibilità della cosidetta ulcera mista, le gradazioni cliniche tanto diverse nel quadro del sifiloma, la reale impossibilità di separare come sempre, con una linea artificiale, prodotti naturali sieno pure patologici, non possono a meno di ridestare e poi rinvigorire nei molto attenti un certo rigorismo scientifico. Questo può frammettere qualche ritegno che vincoli alquanto allo unicismo, ma nella pratica quello che regolarmente vale, e vale per tutti i medici di qualunque scuola essi sieno, si é lo indirizzo dualistico: gli unicisti in teoria, non possono poi a meno di essere, in via ordinaria, dualisti nella pratica.

(1) Basato su queste Finger definisce (1885) la ulcera venerea « un prodotto del trasporto di pus irritante su punti di pelle o di mucose sufficientemente irritabili. » Ma quale elemento rende poi siffattamente irritanti talune specie di marcia ?

TURBAMENTI COSTITUZIONALI

NEL PERIODO DI INCUBAZIONE DEGLI ACCIDENTI GENERALI

Nel complesso delle prove sperimentali, tra la comparsa della lesione prima e quella delle secondarie, è corso un numero vario di giorni; il minimo fù di 12, il massimo di 135, la media oscillò dai 44 agli 82. Nelle infezioni accidentali, detto intervallo varia dai 35 ai 60 giorni, con una durata media di 45. Le diversità dipendono dalla condizione generale del soggetto, dalla igiene, da malattie coesistenti, ecc. Come talvolta sfugge al paziente l'accidente iniziale, così non apprezza talora egli nessuno dei più comuni segni prodromici delle forme secondarie. In genere incominciano essi solo qualche settimana dallo esordio della sclerosi. Sono lesioni obbiettive, che poco per volta apparecchiano segni soggettivi. Negli ultimi giorni possono essere numerose, capaci di reazione generale, capaci di simulare la insorgenza di malattie le più differenti. In ogni caso ammala prima di tutto l'albero linfa-

tico, molto di frequente le tonsille; inoltre in metà dei casi si deteriorano, e la nutrizione e la crasi del sangue; si presentano quindi turbe nervose, dolori ai muscoli, alle articolazioni, alle ossa; in 15-20 p $^0/_0$ di malati si chiude questa introduzione alle forme generali, colla febbre, che precorre queste ultime di 4-8 giorni. La tiroide [1]) la milza [2]), i follicoli intestinali [3]) le capsule soprarenali [4]) si vorrebbe compartecipassero qualche rara volta al morbo.

Nessuna malattia esercita tanto estesa influenza sull'albero linfatico quanto la sifilide in questa fase. La sola diatesi basta ad

[1]) Mauriac, in un caso ha constatato la tumefazione della tiroide al cominciare del morbo. In uno studente di medicina abbiamo veduto, in pochi mesi, progredire rapidissimamente uno ingrossamento della tiroide, iniziato due anni prima, e che sino allora camminava assai a rilento.

[2]) Weil e Werver tra questa fase e nel periodo secondo, l'avrebbero avvertita più tumida, nel 7,5 p 0[0 dei casi.

[3]) Oser, in un uomo di 51 anni, morto nel corso di un sifiloderma maculoso, constatò lungo l'intestino tenue, dal digiuno alla valvola ileo-cecale, numerose ulcerazioni, sul posto delle placche del Peyer. A livello di queste ulcerazioni, il peritoneo era ricoperto di noduli bianco-grigiastri, manifestamente in rapporto coi vasi linfatici.

[4]) Non abbiamo, in argomento, dati positivi.

alterarlo nelle varie sue sezioni. Talune manifestazioni secondarie possono quà e la peggiorarne la condizione, ed ammalarlo parzialmente *ex novo*.

Non sono frequenti in questo tempo, le *linfiti*. Tuttavia vedemmo raramente, chiazze di pelle abbeverate, tese, non più sollevabili a piega, sulle gambe e sulle braccia, effetto di linfatici infiammati. In un ginnasta di mestiere, i linfatici surali erano diventati grossi e dolenti, per modo che l' individuo dovette starsene a letto alcuni giorni.

Le *ghiandole* superficiali, ammalano in grande numero; non sono punto risparmiate le profonde e le viscerali. Con esami successivi si rileva, come la compromissione si diffonda per zone dirette verso il centro. Le ghiandole più spesso colpite, dopo le inguino - crurali, sono le cervicali posteriori, le sotto-occipitali, le retro e pre-auricolari, le ascellari: ammalano via via meno di frequente le giugulari superiori, le sotto-mascellari, le epitrocleari le omerali, le sopraclaveari, le pettorali, le poplitee ecc.

Ingrossano senza sintomi soggettivi, perdurano grosse per mesi ed anni. La sifi-

lide giunta al periodo terziario rispetta i linfatici. Se la sifilide risveglia la scrofola, le tumefazioni ghiandolari, specie sotto la mandibola ed al collo, si fanno considerevoli, strumose.

I vantaggi che offrono le adenopatie, per la diagnosi di forme sospette, e per la determinazione della cronologia semeiologica, hanno procurato loro, da Ricord, il battesimo di *polso del sifilografo*.

Le *tonsille* ammalano più gravemente e più spesso negli uomini. Aggregato come sono, di follicoli linfatici, seguono la sorte di quelli. Si iperemizzano, dànno secrezione maggiore, si infiltrano o a carico dello stroma o dei follicoli, od in ambe le parti. Diventano rosee, rosse, pastose, dure, voluminose, bucherellate, inuguali, nodose, lobate ecc. Anche alcuni follicoli vicini ai legamenti glosso-epiglottici, ed altri messi dinanzi all'orificio della tromba di Eustacchio, possono inturgidire. La voce, la deglutizione, l'udito, in via di eccezione il respiro, possono esserne turbati ed aggravare maggiormente le lesioni. Questa concatenazione e le abitudini del soggetto — fumare, masticare tabacco, le bevande alcooliche, l'esagerato

lavoro muscolare, il linfaticismo, — preparano il terreno a localizzazioni sifilitiche ed a propagazioni sia semplici che specifiche, che indettano talune misure curative tra le quali la rimozione delle tonsille.

Compromessi tanti organi emopojetici, nessuna meraviglia, se con la intossicazione che vi è aggiunta ne venga poi danno alla *crasi sanguignu*. In un tempo nel quale la ulcera venerea non era stata separata dal sifiloma — 1844, — Ricord e Grassi non incontrarono alterazioni notevoli nel sangue degli ulcerosi rispetto ai sani; in ammalati invece di sifiloma, rinvennero transitorie ipoglobulia ed iper-albuminosi, cospicue a tal segno, che i globuli rossi erano scesi ad una metà ad un terzo del normale, quando l'albumina era aumentata di un quarto di una metà. Wilbouchewitch nel 1876, ha controllata la forte diminuzione delle ematie e il rispettivo aumento dei leucociti. Questa *clorosi sifilitica* si rimarca in circa metà di ammalati, e nelle donne con più spiccata frequenza: essa può spiegare le turbe nervose, gastriche, uterine ecc., che precorrono le espulsioni specifiche diffuse della cute e delle mucose.

Nella fase in discorso si possono avere: *debolezza nel circolo, nella vista, nell' udito; insonnia essenziale*, cioè senza motivo apparente che la giustifichi, *bolimia, polidipsia*, rilevante *ipo*-ed *annestesia cutanea* al lato estensorio degli avambracci [1]) e delle gambe, alle guancie, al seno, nonchè talune, sebbene rare volte, *alle mucose* congiuntivale, nasale, faringea. Più spesso è offesa la sensibilità dolorifica, talfiata però è lesa la tattile oppure la termica. Si hanno in certi individui *diminuzione nel senso e nella forza muscolare*, alterazioni soggettive od obbiettive riferibili al calore; si possono manifestare ed esacerbare *nevralgie e nevrosi* varie.

Tali nevralgie hanno in comune di essere fugaci, mobili, disseminate; di prodursi sotto forma intermittente o remittente, con accessi che raggiungono il loro più alto grado nel corso della notte: sono esse più frequenti nelle donne, in quelle ad innervazione maggiormente impressionabile. La testa ne è la

[1]) In una ragazza con roseola, per una ventina di giorni, potemmo più volte trapassare con uno specillo una piega di cute degli avambracci, senza si lagnasse di dolore. Dopo quell' epoca, si lagnava tosto che si incominciava a pungere.

principale sede. La cefalalgia può essere circoscritta alla fronte, alle tempie, all'occipite, a metà testa, od estesa a tutta. Il dolore fronto-temporale è il più frequente, ora è fisso, ora mobile, ora superficiale, ora profondo; gli ammalati lo riferiscono perfino nella vità del cranio, il quale sembra loro venga stretto o voglia rompersi. La cefalalgia comincia alla sera e cessa di solito appieno sul mattino; turba talvolta le funzioni cerebrali, da spingere al delirio. Non va di solito unita a lesioni serie, durevoli, tuttavia in due giovani uomini ci apparve associata ad un disco di osteo-periostite che precorse di alcuni giorni ogni manifestazione cutaneo-mucosa.

Le sternalgie, le costalgie — dalle quali muove l'asma sifilitico, — le ostealgie in genere, non sono per lo più di questa fase, si risvegliano quando il morbo è più progredito: meno risparmiato è invece il sistema fibromuscolare. Le artralgie e le miosalgie vaganti vi costituiscono i così detti *dolori reumatoidi*. Questa maniera di reumatismo muscolare, si formula qualche volta sul tipo proprio alla *lombaggine*, al *torcicollo*, alla *pleurodinia*, alla *omalgia*, ecc. Si incontrano

rare volte in questa età del morbo la *ipostenia* muscolare circoscritta ad un gruppo di muscoli, od estesa a molti. Le contratture dolorose, come pure le nevralgie spettano ad un'epoca più inoltrata.

Intanto che il deterioramento del sangue e delle funzioni principali, colla aggravante di sofferenze talfiata rilevantissime, affievoliscono la nutrizione e la resistenza del soggetto, possono venire a galla e guadagnare terreno delle predisposizioni morbose fino allora rimaste represse. La scrofola, la tubercolosi, la rachitide nei bambini, talune nevrosi ecc. possono porsi a fianco della sifilide per affievolire ancora più l'organismo e rendere la lue più esiziale.

A questo momento, proprio alla vigilia delle manifestazioni cutanee, può sorgere la *febbre*. Essa è sintomo di reazione contro la intossicazione giunta alla sua maggiore intensità. Lascia integre le funzioni digestive, al paro delle febbri nervose. La elevatezza termica, non va parallela al movimento di disassimilazione contrassegnato dai prodotti orinosi — Vaida, 1875. — È abbastanza frequente tale febbre nella donna, però non è raro incontrarla anche nell'uomo.

Dura 1 - 2 settimane con un' elevamento termico di 38°-39°. L'abbiamo veduta varie volte raggiungere i 40° ed i 40'5. Fournier in un caso la trovò a 41.° e 41.°7. Non ha essa molta regolarità nè riguardo al momento di ingruenza, nè all'ordine degli accessi, nè alla composizione degli stadii di un accesso singolo. Il tipo che si presenta più spesso è l'intermittente quotidiano, meno il remittente e l'irregolare vago. Nella intermittente, l'accesso comparisce per lo più, alla sera; qualche stadio è appena sbozzato o manca; vi predomina, come nella febbre reumatica, quello del sudore. La milza è rarissimo che sia aumentata: il chinino non giova a nulla: la nevralgia facciale e sopratutto la occipitó-parieto-frontale fiancheggiano soventi l'accesso. — La forma remittente suole essere più grave. Si accompagna quasi costantemente a cefalea violenta, a malessere generale, a prostrazione di forze. Questa può arrivare al punto da uguagliare l'astenia tifoide; tanto più che vi si possono unire torpore intellettuale, insonnia, agitazione, sete ed inappetenza pronunciate. — La forma vaga, risulta dalla combinazione

dei due tipi precedenti, che si fondono magari in quanto possedono di più irregolare.

L'anamnesi, le concomitanze, la ordinaria integrità delle funzioni digestive, il volume normale della milza, le irregolarità degli accessi, agevolano la diagnosi.

Il mercurio e l'iodio sono i farmaci di questa febbre. Il primo, che equivale al ferro contro alla clorosi di questa fase, dovrebbe essere dato, perchè trionfasse sulla febbre, ad una dose troppo elevata. L'iodio non presenta tale inconveniente: agisce rapidissimo così, che può troncare la febbre il secondo ed anche il primo giorno di sua somministrazione. Può similmente allontanare i fenomeni dolorosi varii, che la accompagnano; contro di questi, il protojoduro di mercurio ha pur anche una efficacia gagliarda.

La febbre cessa al comparire della eruzione, non è proporzionata nè ai fatti morbosi in corso, nè ai successivi. Molti dei sintomi precursori della prima eruzione possono al venire di questa cessare spontaneamente, altri continuano; vi hanno casi in cui si aggravano nel corso del periodo secondario al punto, da costituire una specie di stato cachettico, che non è in rapporto

col grado delle riscontrabili alterazioni morbose: gli stessi sintomi precursori non rivelano la intensità delle successioni morbose.

Periodo Secondario

SIFILIDI

GENERALITÀ INTORNO AI SIFILODERMI SECONDARII

La seconda incubazione termina ordinariamente colla comparsa di macchie disseminate al tronco, di pustolo-croste al capillizio, di intorbidamenti epiteliali ed erosioni nel cavo bucco-faringeo, ecc. La origine, la simultaneità a gruppi, di dette lesioni, lo aspetto loro, la loro impressionabilità sotto l'azione di determinati rimedii, obbligano a ritenerle conseguenze della infezione. La pelle, le mucose, sono l'arena dove con qualche ripetizione nel secondo periodo, e con qualche gravità nel terzo, si vanno spiegando efflorescenze progressivamente più notevoli. Se si dicano *Sifilidi* tutte le varie espulsioni alla cute ed alle mucose è bene contraddistinguere col nome di *Sifilodermi le*

Sifilidi cutanee e di *Sifilidi mucose* le localizzazioni su queste membrane [1]). Le sifilidi confermano e rischiarano la diagnosi del sifiloma; gettano luce su forme sospette profonde e viscerali; tradiscono lo stato virulento dell' organismo; suscitano talvolta compromissioni gravi e tenaci: interessa conoscerle bene. — Cominciamo dai sifilodermi.

I *sifilodermi* possono figurare nel 2° e nel 3° periodo, con comparse ripetute, separate l'una dall'altra da intervalli di mesi e di anni. Si distinguono in *precoci* [2]), *intermedii* e *tardivi*. Gli intermedii erompono, in media, dieci mesi dopo la infezione. I tardivi, se appariscono dopo 3-4 anni ed ancor più, contrassegnano una infezione relativamente non delle più gravi. Talvolta sopravvengono, magari con un seguito di sintomi generali, poche settimane o mesi dalla infezione. Conforme la rapidità e gra-

[1]) I nomi di *esantemi* per i sifilodermi, e di *enantemi o placche mucose* per le manifestazioni specifiche delle mucose, non sono abbastanza esclusivi nè comprensivi.

[2]) Non è che vengano prima del tempo loro assegnato cioè prematuramente; qui precoci equivarrebbe a primi.

vità loro inaugurano in tali casi una *sifilide maligna* o, peggio ancora, una *sifilide galoppante*.

I sifilodermi precoci arrossano appena la pelle: quei successivi vi sollevano delle efflorescenze, la penetrano, la compromettono ognora più. La intensità, il volume, la concentrazione, la profondità dello infiltrato, crescono pari passo colla età della infezione. Dalle forme più gravi non si ritorna in generale alle più miti, ogni elemento eruttivo viene a suo tempo, secondo una gerarchia cronologica determinata; le macchie, più ancora le papule ecc., possono tuttavia presentarsi due e più volte.

La presenza del *virus* nell'organismo costituisce la causa necessaria e sufficiente delle espulsioni. Tuttavia alcune circostanze, sia che influiscano sul complesso dell'organismo o che irritino una sua parte, possono sollecitare ed aggravare le manifestazioni stesse. Fra le influenze ad azione diffusa, sono da registrare: lo stabilirsi della pubertà, la gravidanza, il travaglio del parto, la riapparizione delle regole dopo lo allattamento, la menopausa, le emozioni morali, l'alcoolismo, i bagni caldi e, più ancora i solforosi;

il vajuolo, la vaccinazione, la febbre malarica, i raffreddamenti, le sregolatezze tutte in prima fila. I coefficienti ad azione localizzata, sono più facili ad essere controllati, e perciò meno discutibili. Pustole ectimatose sopravvennero in vicinanza di due escoriazioni alla gamba di un sifilitico — Bazin; — una leggiera piaga al dorso del naso si contornò di tubercoli — Cazenave; — in un vecchio di 88 anni una sifilide, rimasta latente per 67 anni, come venne risvegliata da una lussazione della spalla, circondò questa di pustule specifiche — Petit. — In uno strenuo giuocatore di bigliardo abbiamo veduto il palmo della mano destra coprirsi di macchie prima del tronco e la eruzione ivi farsi più grave, che altrove, e migliorare rapidamente non tanto per la cura generale, quanto per l'abbandono del giuoco. In un sorvegliante di fili telegrafici, la così detta psoriasi palmare sorse colla roseola generale, e le sopravvive da quattro anni, unitamente a rare macchie opaline linguali. In un nostro emiplegico, alla gamba fredda ed atrofica, si potevano constatare 10-12 papule, quando sull'arto sano, irrorato da una più generosa corrente sanguigna, ve ne

aveano senza numero. Evidentemente egli è nelle persone che maneggiano corpi comunque, irritanti — magnani, fabbri, fonditori, fornaciaj, conciatori, ecc. — che compariscono più affrettate ed insistenti le manifestazioni alle mani. In quelle donne nelle quali maggiori strofinamenti, o minore nettezza stanno a carico della vulva, si ha giusto appunto il maggior contingente di papule. La forza provocatrice e localizzatrice della irritazione appare poi eloquente, come vedremo a suo tempo, rapporto alle mucose.

Le efflorescenze elementari dei sifilodermi, sono quelle delle altre dermatosi. Come le scrofolose, così le sifilitiche hanno in comune tra loro parecchi caratteri generali, i quali sono: 1° Il Polimorfismo; 2° Colore rameico; 3° Configurazione: 4° Simmetria; 5° Topografia; 6° Assenza di dolore e di prurito e di febbre; 7° Cronicismo. — Ciascheduna delle forme elementari possiede poi per conto proprio ancora un qualche contrassegno, che la distingue maggiormente dalle forme similari spettanti ad altri morbi — dimorfismo. —

La cronicità dei sifilodermi, il comparire con intervallo di 5-10 giorni, di elementi di

una stessa eruzione, l'attitudine loro a recidivare, la influenza che imprimono sulla loro forma talune sedi speciali, fanno sì che in uno stesso momento, in una stessa persona si possano incontrare ad esempio macchie, papule e pustole, oppure papule e tubercoli, tubercoli e gomme, il tutto in vario stadio e magari quà con tendenza risolutiva, ulcerativa in un'altro sito ecc. Tale polimorfismo simultaneo nonchè quello successivo, congiunti alla cronicità ed alla assenza di prurito, hanno una importanza di primo ordine.

Nicolò Massa in una epoca — 1532 — in cui la sifilide seminava il terrore, riconobbe nelle dermatosi specifiche un *color malus*. Falloppio — 1601 — lo paragonò a quello della carne di prosciutto [1]) e, più tardi Svvediaur a quello del rame. Il colore rameico, quello cioè di un soldo nuovo, non è sempre esatto, non corrisponde bene per le efflorescenze diverse côlte al momento della loro declinazione, nè per i stadii anche più recenti delle forme anatomo-patologicamente

[1]) « *Secate per transversum per nam talis est color pustularum sine cortice* » che vuol dire macchie, papule tubercoli.

più gravi, ma è stato accettato dai più, ed è diventato classico. Del resto, lo apprezzamento della gradazione cromatica non è mai facile. Le efflorescenze più gravi, ciascheduno elemento nella fase più avanzata, massime nei soggetti cachettici ed agli arti inferori hanno una colorazione più satura.

Nelle eruzioni molto diffuse, generalizzate, gli elementi eruttivi sono disposti per lo più a caso, senza ordine: nelle varietà papulose recidive, nelle pustulo-ulcerose e più nelle tubercolari, essi si raggruppano a cerchi, ad elissi, a curva, ovoidi, ad archi di cerchio uniti o separati, a ferro di cavallo, a curve policicliche, figuranti una lettera *S.* ecc.

Nelle forme generalizzate non è niente a stupire se con un poca di buona volontà si rileva quà e là una certa simmetria; però è raro che questa manchi nei casi di papule umide. Nelle forme intermedie, in quelle tardive, questo carattere fa soventi diffetto.

Le eruzioni maculose, amano precipuamente i fianchi, il tronco ed i lati della pelle, delle estremità dove essa è più sottile; le papulose infestano solitamente tutto, tronco,

arti e testa, ma prescelgono la fronte al confine del cuojo capelluto, le ali del naso; sono rare al collo, frequenti intorno all'ano ecc. L'espulsione a piccole pustule – acneiche ed impetigginose — preferisce il capillizio, le regioni coperte da peli; quella invece a grandi pustule - ectima, - più gli arti inferiori; le squammose il palmo delle mani e la pianta dei piedi: le papule umide si incalzano intorno ed in vicinanza agli orifici naturali: le sifilidi tardive colgono il naso, le labbra, il cuojo capelluto, le regioni sternale e clavicolare, le natiche, le gambe vicino alle articolazioni più assai che le coscie.

Solo se la evoluzione della dermatosi sia molto sollecita, inoltre nel momento della desquammazione se avvenga molto rapida, si può avere prurito, ed anche allora è molto lieve. Se è intenso, conviene cercarne la spiegazione in concomitanti dermopatie, specie il *pruritus* essenziale, nella poca nettezza, nella professione ecc. Il dolore si verifica più raramente del prurito; certo che se il sifiloderma è occasione ad infiammazioni, a complicazioni vive, a crepacci che arrivino al tessuto sano, esso si fa sentire: le ulcerazioni precoci maligne,

le ulcerazioni serpiginose sono talfiata molto dolorose. La febbre precede ed accompagna, non molte volte la prima eruzione generalizzata: può sorgere allora della cachessia, del resto non si fa sentire.

Pure lasciato in balìa a se stesso, sia maculoso o papuloso secco, o tubercolare, quando la nutrizione e la igiene non lo traviino, può un sifiloderma spontaneamente guarire. Certe forme maligne al contrario esigono pronta la opera del medico, la quale può affrettare la scomparsa di ogni e qualsiasi deviazione. Comunque, le dermatosi specifiche si ecclissano a rilento, come a rilento si sono spiegate. Qualche volta la stessa forma maculosa, regolarmente tutte le altre, lasciano indietro o una macchia pigmentale, oppure una cicatrice od ambedue tali residui assieme.

Le macchie dello eritema, colla lentezza della evoluzione e delle trasformazioni, colla colorazione che talvolta loro sopravvive, oltre che coll'ordine di successiva distribuzione e colla estensione che occupano, non possono confondersi con altre. Caratteri analoghi in quanto al decorso, più il *colletto epidermico* allora della desquammazione,

contraddistinguono la papula secca da quelle del color della pelle e tanto moleste della prurigine, nonchè da quelle collocate intorno ai peli rosee, più croniche e pruriginose del lichene. Le papule umide e le placche mucose hanno in genere caratteri stereotipati in una guisa talmente franca e decisa, che uno elemento basta per attestare lo stato virulento del soggetto. Le vescicole si sviluppano assai eccezionalmente e passano presto a pustole ecc.; le bolle sorgono quasi soltanto al palmo delle mani ed alla pianta dei piedi di neonati sifilitici, ed hanno areola e decorso caratteristici. Nelle pustole superficiali piccole, la marcia essicca prontamente in una crosta, che riposa di solito sopra una base elevata. Intorno alla pustola evvi un' areola, cuprea, che persiste pur fattasi la crosta, e magari pur staccata questa, che in via ordinaria è attraversata da un pelo. Le pustole profonde e più grandi, si collegano soventi alla ulcerazione del derma, vi sussiste satura ed ostinata l'areola. La marcia si rassoda presto in crosta verde, nera, grossa che aderisce saldamente alla parte, sotto spesso ridotta ad ulcera. Questa ultima talvolta amplia il suo margine: le zone

crostose via via più giovani della periferia, si addossano a quella centrale, si fondono con essa. Si hanno di questa guisa delle masse crostose, convesse, inuguali, brune o nere, che ricordano la forma e lo aspetto dei gusci di ostrica; croste incastonate nel derma, raramente alquanto mobili, dacchè tra esse e la pelle vi abbia della marcia ancora fluida. — Cotali ulcere, rotonde, ovalari, a ferro di cavallo, reniformi, policicliche, hanno bordi netti a picco, abbeverati, aderenti al fondo che è pseudo-membranoso, grigiastro; sono contornate da areola rosso-livida, crescono centrifugamente, al paro della infiltrazione che le alimenta: possono cicatrizzare dapprima nel centro od in un punto della periferia ed intanto ampliarsi da un'altro: sono sparse, od aggruppate. — I tubercoli, oltrecchè per le sedi che hanno e per il loro modo di aggrupparsi e pel colorito, sia che incorrano nell' assorbimento come in ulcerazione e nel decorso e nello aspetto, palesano la loro origine. — Le atrofie cicatriziali possono far altrettanto a mezzo della sede della colorazione attorno, e della distribuzione. — Così le cicatrici a mezzo delle sedi, forma, persistenza della colorazione

secondaria dove si inseriscono alla pelle sana, colla tendenza che hanno a rendersi sottili ed atrofiche ecc —. Le squamme delle eruzioni sifilitiche sono più sottili, meno bianche, meno numerose e lucenti delle squamme di origine non sifilitica, e colla loro distribuzione, e colla infiltrazione che le circonda possono rivelare a che morbo appartengono. — Qualunque sia la efflorescenza il vederne in atto varii stadii giova poi anche molto per chi ci ha pratica in argomento.

Nel secondo periodo si manifesta talora l'analgesia alla pelle che può continuare se avesse incominciato pur durante la seconda incubazione.

I sifilodermi precoci figurano nei primi 12-18 mesi. Vi predominano le forme maculose, papulose e pustolari, tutte con tendenza risolutiva. Le forme intermedie sono del 2,° 3° anno, raro vi manchino le papule; però ne sono caratteristiche le pustole ed i tubercoli. Entrambi si mostrano per lo più 4-5 anni dopo la infezione, talora 20, 30 ed anche 40 e più. Le pustole del periodo intermedio, molto più le pustole ed i tubercoli che si mescolano a forme del periodo terziario deciso, hanno tendenza a distrug-

gere le papille, il corpo stesso del *corion* e magari il congiuntivo sotto. Nelle varietà pustolo-ulcerose e tubercolo-ulcerose precoci maligne, la moltiplicità il polimorfismo, fanno meno impressione assai che non la condizione generale abbattuta o stremata del soggetto e la rapidità del lavoro ulcerativo, che in rari casi progredisce fomentato da un visibile processo gangrenoso. Seguono tale andamento così le pustole come i tubercoli; gli uni e le altre possono ulcerare sia che figurino quale eruzione precoce o che si affaccino nel periodo di transizione.

Tra le lesioni tarde, evvi poi la gomma. Sviluppasi nello ipoderma, può attaccare il derma di seconda mano. Come l'ipoderma è parte integrale della pelle, così tra i sifilodermi l'interesse pratico ci invita a registrare le varietà seguenti:

1° Sifiloderma maculoso od eritematoso;
2° » papuloso — papule secche e papule umide; —
3° » vescicolare e bolloso;
4° » pustoloso;
5° » tubercolare;
6° » gommoso.

Secondo Neumann (1885) i Sifilodermi sono il risultato di una proliferazione di cellule rotonde, la quale incomincia attorno ai vasi. È notevole anzitutto sui vasi dello strato superficiale e del corpo papillare, ma anche le arterie e le vene degli strati profondi e del pannicolo adiposo, presentano alterazioni alle volte considerevoli. Queste si accentuano quando dalla macchia si passa alla papula, al tubercolo ed alla gomma. Il pigmento si presenta sotto forma di granulazioni, mitissime, colore giallo rancio al rosso-bruno, racchiuse nelle cellule immigrate, nonchè in quello del connettivo, dalle quali ultime vengono riassorbite con difficoltà o punto affatto. Gli elementi muscolari sono tra tutti quelli della pelle, i più difficili ad essere invasi. — La reintegrazione istologica del tessuto quando pure avviene si compie molto tempo dopo che l'occhio clinico non rileva sulla pelle nulla di anormale.

Diremo altrove della istologia della gomma. Esaminiamo intanto le dermatosi sifilitiche in particolare.

SILODERMA MACULOSO

Sifilod. Eritematoso. — Roseola sifilitica.

È caratterizzato dalla presenza di macchie iperemiche, rosse poco o punto salienti. Coglie si può dire tutti gli infetti. È la eruzione la più mite, la più benigna, talora sfugge al malato, tale altra è il medico che primo gliela addita.

Può sussistere da solo, così pure assieme a papule a pustole ecc. Viene anzitutto, prima di ogni altro, 45 giorni circa dopo sorto il sifiloma; talvolta recidiva 6-8 mesi, 1-3 anni appresso — *roseola di ritorno.* — Si afferma che possa esso comparire per la prima volta, lontano dalla infezione a fianco di manifestazioni molto gravi — *roseola tardiva,* — ma non è facile procurarsene la assicurazione. La cura preventiva ritarda lo eritema, le eccitazioni del circolo generale e di quello cutaneo, possono affrettarlo.

Il Sifiloderma eritematoso comprende: una *varietà maculosa*; ed una *maculo-papulosa* od *orticata*.

La roseola maculosa consiste in un numero per lo più grande di macchie non salienti, del diametro di 2-6 mill. a margini dentellati, di colore dapprima roseo e che cede completamente sotto la pressione, più tardi, massime agli arti inferiori, rosso-carico, rosso-violaceo, e che la pressione non allontana più totalmente. Le macchie erompono ai fianchi, al petto, al dorso, agli arti nelle superfici dove la pelle è più sottile; il viso ne è invaso raramente e per lo più solo sulla fronte verso il contorno del capillizio. Ogni macchia si matura in 1-2 giorni, la intera eruzione in 10-15; persiste poi questa 2-4 settimane e talora altrettanti mesi: una cura opportuna può allontanarla in 16-20 giorni soltanto. La risoluzione è facile si accompagni a disquammazione cosí al palmo delle mani come alla pianta dei piedi; può anche verificarsi più estesa specialmente nella stagione invernale, nelle pelli vecchie e secche. Lascia di rado colorazione secondaria. Dove si trovano a contatto due superfici cutanee sottili, con ghiandole molto

attive l'eritema può favorire lo sviluppo di una intertrigine.

Se i follicoli dei peli si iperemizzino, formano allora in seno alle macchie delle minime prominenze — *roseola maculosa granulata.* — In certi casi il centro della macchia è così oscuro, che rassomiglia ad una ecchimosi, e gli si designano attorno 2-3 zone di una tinta meno carica — *roseola maculosa a coccarda.* — Può di una macchia, scolorire dapprima la parte centrale e quella, senza aumentare di diametro, venire con ciò ridotta ad anello — *roseola anulare.* — Talvolta la macchia o nel suo interno o sul margine, in uno o più punti, è più rialzata, più oscura, e la disquammazione in tali punti si effettua più frequentemente e con maggiore persistenza. Trattasi allora di efflorescenze miste, di forme di transizione alle papule — *roseola papulosa, sifiloderma maculo-papuloso.*

Al comparire dello eritema può sussistere ancora il fatto primo. Accompagnano del pari spesso lo eritema la poliadenite generale, le croste al capillizio, caduta di capelli; papule nonchè lesioni specifiche bucco-faringee, ed ano -- genitali, miosalgie, artralgie, cefalalgia ecc.

La eruzione in discorso non sarebbe facile confonderla nè con un' esantema febbrile, contagioso acuto, nè con una roseola tifosa, vaccinica, vajuolosa, cholerica, difterica, sibbene invece colla rosalia, colla roseola balsamica, coll' eritema anulare semplice, coll' erpete circinato, colla *pityriasis versicolor*.

SIFILODERMA ERITEMATOSO	ROSALIA
1. Per lo più apiretico; attacca preferentemente gli adulti. Non preceduto da sintomi della solita reazione generale bensì da sintomi di 2ª incubazione specifica;	1 Spesso epidemica; predilige i bambini. Esordisce con febbre, cefalalgia, inappetenza, catarro naso-congiuntivale e laringeo;
2. La espulsione si effettua a rilento, dura alcune settimane non è pruriginosa, talora dà squamme e liscia colorazione secondaria;	2. Le macchie rosee o rosse al viso, al tronco, ed alle estremità e nella bocca, compariscono tutte in 24 ore e durano 48-72; pruriginose non desquammano nè lasciano pigmentazione;
3. Possono coesistere: sisifiloma, adenopatie sparse, croste al capillizio, lesioni ano-genitali e bucco-faringee, cefalalgia, papule umide e placche.	3. Di solito non precedenti morbosi, nè complicazioni.

Lo eritema anulare non specifico è una fase del maculo-papuloso. Preferisce i mesi di aprile e maggio, ottobre e novembre; il dorso delle mani e degli avambracci, dei piedi e delle gambe, nonchè le persone giovani. Si associa soventi a reumatalgia ed emorragie cutanee. Può ripetersi più anni ad una stessa epoca. Le efflorescenze sono talora un poco pruriginose, durano 5-8 giorni; sono molto scarse di numero.

SIFILODERMA ERITEMATOSO	ROSEOLA BALSAMICA
1. L'eruzione non è in genere precorsa nè accompagna sintomi gastrici. Maturasi in 1-2 settimane;	1. Succede alla ingestione di Copaive Cubebe ecc. È preceduta da sintomi gastrici e talora da febbre. Comparisce e si completa in 12-24 ore;
2. Incomincia ai fianchi; agli arti è meno intensa. Mancano i pomfi nonchè il prurito;	2. La eruzione è più rossa e fitta attorno al carpo, ai ginocchi, ai gomiti, alla faccia dorsale dei piedi e delle mani. Fra le macchie spiccano papule e pomfi ecc. È molto pruriginosa;
3. Svanisce dopo 2-4 settimane di durata. Se recidiva, è per forza della infezione. È preceduta ed accompagnata da lesioni specifiche.	3. Sparisce in 2-6 giorni. Provocata, può ritornare più volte. Accompagna la blenorragia, ecc. Nelle orine si possono rintracciare le resine.

Tra alcune centinaja di sofferenti di erpete parassitario ne incontrammo solo 4-5 dove ci fu necessario una discriminazione molto attenta ed accurata. Ora l'*erpete circinato* è più frequente nelle persone che vivono a contatto con vitelli, bovi, ecc. con animali che ammalino anche di questa forma; nei contadini si trovano famiglie intere che ne sono colpite; si trasmette come tale; comincia di regola alle parti scoperte; in 10-15 giorni macchie fittissime possono guadagnare tutta la pelle. Tali macchie sono rosee, granulo-vescicolose, rapidamente desquammano, e si trasformano in anelli, che si allargano, si incrocicchiano. L'erpete dà di solito prurito; e può suscitare la forma tonsurante e la sicosi, chiazze di eczema, croste di ectima, e può persistere per mesi ed anni; le raschiature epidermiche, trattate con potassa caustica — 1 : 30, — lasciano vedere il *microphyton tonsurans*.

Nel declinare del sifiloderma, le macchie pigmentarie bruno-giallastre dànno alla pelle l'aspetto della *pitiriasis versicolor*. Ma la causa della colorazione in quelle riposa nel reticolo, in queste proprio sull'epidermide.

Le macchie della pitiriasi prescielgono

anzitutto il petto; sono grandi, gialliccie o nerastre hanno nei varii punti gradazioni varie; possono stare in sito molti mesi e molti anni; svaniscono quasi affatto quando la traspirazione deterge largamente la pelle cioè nello estate; danno prurito. Coll' unghia si può, raschiando, ritornare alla pelle il suo colore normale. Il microscopio permette rinvenire nelle raschiature il *microsporon furfur*.

Il sifiloderma eritematoso è la conferma dello stato d'infezione; talora viene ad avvertircene esso per il primo: non domanda cura locale.

SIFILODERMA PAPULOSO

A) Papule secche

La papula occupa un posto dei più importanti nella semeiologia sifilografica. Difatto si localizza sulla pelle e sulle mucose; vi ha vita piuttosto lunga; nella sua evoluzione e combinazione prende aspetti svariatissimi, bizzarri; soggetta come è, più di ogni altra efflorescenza, a ripullulare, viene in una alle dermatosi di transizione e per-

fino colle gomme. Può sorgere al finire della seconda incubazione; di solito capita dopo l'eritema, verso il 4° 6° mese dalla intossicazione; rara dopo il 3° anno, la si può vedere eccezionalmente dopo il 7° e l'8.°

Qnanto più si discostano dalla infezione, tanto più le papule si avanzano in minor numero; inoltre, e per maniera di aggruppamenti e per profondità d'infiltrazione e per tendenza alla ulcerazione vieppiù si avvicinano alle forme tubercolari; verso le quali il passaggio anatomo-istologico è puramente graduale.

Irritazioni meccaniche, termiche, hanno molta efficacia nel richiamare le papule: la distribuzione accusa tali provocazioni, altrettanto le recidive, che compariscono là dove agiscono quelle, quando pure tutto il rimanente dell'organismo apparisce sano. In certi tratti di pelle — palma delle mani e pianta dei piedi, — in maniera analoga a quanto si può vedere nel cavo della bocca, svanite le alterazioni sifilitiche, la irritazione vi mantiene certi stati morbosi ostinatissimi, contro i quali il trattamento specifico non approda a nulla e che, più d'ogni altra cosa, si av-

vantaggiano collo allontanare le cause di irritazione e colla medicazione topica.

Attesi i cangiamenti che la papula subisce nel suo aspetto ed evoluzione; abbiamo intanto: il *sifiloderma papuloso secco*, distinto, a norma del volume dei suoi elementi, in *migliare, lenticolare e nummulare*; ed a seconda il processo evolutivo della papula in *papulo-squammoso*, *papulo-erosivo*, *papulo-pustoloso, anulare*, *orbicolare* ecc.

Le predette papule, se diventano erosive, secernenti, meritano il nome di *papule umide* allorchè sono elevate e ristrette; di *placche mucose*, quando rappresentano delle piastre ampie di infiltrazione poco o nulla sporgente sul livello del tessuto. Le papule possono diventare secernenti in qualunque parte del tegumento; lo diventano più spesso laddove la cute, per topografia e caratteri, si avvicina maggiormente alle mucose.

A) Papule Secche. — È abbastanza frequente la varietà a piccole papule detta *lichene sifilitico.* Può svilupparsi in 48-72 ore, con sintomi febbrili, di solito però la eruzione si compie a rilento e più ancora per espulsioni successive. Risulta di papule grandi come un seme di miglio, una testa

di spillo, lucenti, rosso-brune, disseminate od a gruppi. La cima ne è piana od acuminata, può portare delle squamme od una piccola pustola, di solito attraversata da un pelo. Incorrono in completa risoluzione, lasciano talora una leggiera atrofia.

Il lichene sifilitico svolgesi più spesso dopo il primo anno d'infezione. Se cade prima, è sparso su tutta la pelle, con preferenza alla fronte ed alla nuca vicino al cuojo capelluto [1]), agli angoli delle palpebre e della bocca, alla piega delle articolazioni, al dorso e sul ghiande: se si verifica tardi coglie esclusivamente alcune regioni ad esempio il viso e vi forma dei gruppi. Taluni di questi sono fitti ed hanno una o più papule lenticolari nel centro — *a grappolo od a corimbo* —, tali altre si aggirano attorno alla centrale quasi un cerchio — *forma circinata* —, o sono disposte ad archi ecc. Le piccole papule sono consistenti e danno alla mano, che vi passa sopra, la sensazione di una superficie sagrinosa.

Lasciato a sè il lichene; può durare al-

1) Le eruzioni papulose disposte subito fuori del capillizio, allineate sulla fronte e sulla nuca, costituiscono la cosidetta «*corona Veneris*».

cuni mesi, e ciò per le eruzioni che si succedono. Le recidive vi sono frequenti: la condizione cachettica, o disposta alla tubercolosi, o comunque deperita del soggetto, sembra, ne sollecitino la comparsa.

Il *sifiloderma papuloso lenticolare e nummulare* consiste di efflorescenze secche, grandi come una lente, una fava e più, prominenti, coniche, emisferiche o piatte. Se si palpa col dito il derma che sta sotto alle efflorescenze minori se ne sentono gli strati inferiori immuni, le più grandi invece possono interessare l'intero spessore del *corion* e guadagnare financo l'ipoderma. La eruzione effettuasi in pochi giorni. La faccia, la nuca, il sacro, sono le regioni predilette. La faccia può diventarne zeppa, tumida, deformata — *leontiasis syphilitica.* — Le papule lenticolari sono per lo più mescolate colle maggiori. Le lenticolari possono subire il riassorbimento in totalità, o nella parte centrale, mentre nella zona periferica la efflorescenza progredisce. Se avviene il riassorbimento, la epidermide, dapprima tesa, si fende si stacca, rimane in ultimo aderente solo al contorno verso la pelle sana — *colletto* di Biett; — quindi continua fino a

matura involuzione lo sviluppo di squamme sopra ogni focolajo che apparisce perciò psoriasiforme, *sifilide papulo-squammosa, psoriasi sifilitica* —. La proliferazione epiteliale e la desquammazione, si effettuano abbondanti sugli infiltrati alla palma della mano ed alla pianta dei piedi; sui solchi della mano ed ai bordi periunguealí gli accumuli epidermici sono spesso lisci, cerei, compatti — *psoriasi cornea* —. A livello dell'ala del naso nel solco naso-buccale, si forma una serie di piccole elevatezze granulari, una specie di papule coperte da un prodotto polverulento, e che devono essere date da papille ipertrofiche, ricoperte di scaglie epidermiche. Le larghe papule diventano squammose sollecitamente.

La sifilide eritematosa, forma alla palma delle mani e alla pianta dei piedi delle macchie rosee, rosse, che lasciano delle chiazze arrossate depidermizzate, le quali non danno molestie e riparano per lo più presto, senza lasciare pimmentazioni.

La *psoriasi palmare* e quella *plantare* provengono da infiltrati papulosi ai quali la resistenza della epidermide non concede di fare sporgenza. Sono essi disseminati, o

conferti; non danno nè prurito nè bruciore nè dolore. Allorquando desquammano, la pelle del sito la si sente e la si vede depressa, rosso-bruna: infiltrata, rimane attorno un'orlo epidermico, che svanisce come si ripristina la località. Altravolta, aumentano di numero o di estensione gli infiltrati: la pelle irrigidita si fende, dà sangue da parte di crepacci, che talora irradiano da uno o più punti, che sono situati in un'area rosso-bruna, infiltrata e corsa tutto intorno da una frangia di epidermide, disposta ad archi.

La psoriasi palmare perduri magari uno e più anni, non oltrepassa mai i limiti superiore e laterali del metacarpo; alle dita poi se pure vi tocca i margini laterali, non raggiunge guari il dorso. Alla pianta dei piedi oltrepassa assai di raro il margine esterno, mentre al lato interno arriva spesso anche sopra il malleolo.

Le mani sono colpite più spesso dei piedi; la psoriasi precoce viene in genere col sifiloderma papuloso e coglie le mani più spesso dei piedi. La forma tarda può comparire da sè e colle papule umide, spesso è limitata ad un solo arto. Le irritazioni meccaniche ne agevolano la comparsa, nonchè la insi-

stenza, l'aggravamento, il ritorno. Non è da escludere, allorquando essa esiste solitaria dopo molti anni dacchè nulla più accusa la infezione dell'organismo, che la pelle messa una volta in giuoco dalla sifilide, altre influenze non possano avere usufruito, per conto proprio, della vulnerabilità che vi rimaneva; e ciò è tanto più da credere quando si bada allo aspetto per nulla caratteristico di certe dermatosi, vecchie e ribelli alle palme delle mani di soggetti un tempo sifilitici.

La papula sifilitica può aumentare di diametro per acquisto progressivo di nuove zone periferiche. Tale sviluppo eccentrico la può portare all'ampiezza di un pezzo da mezzo franco oppure di pezzi da 1-2-5; sifatti focolaj unendosi assieme, alle volte costituiscono delle infiltrazioni estesissime. Questa forma — *sifilide nummulare,* — non la si incontra soventi. In un soggetto abbiamo veduto sussistere solo che due di tali focolaj, in altri 20 e perfino 30. In uno le efflorescenze separate aveano diametri di 0,03X0.04 e di 010X0.04 con alone, intorno da 1 a 1.5 centimetri. Questo, spesso, manca come manca il dolore ed il calore aumentato; la pelle raddoppia il suo spessore.

La papula quando si allarga può deprimersi nel centro, ed in corrispondenza a questo la pelle restare pigmentata, — *sifiloderma anulare od orbicolare.* — Vedemmo una ragazza che avea alla faccia, collo, petto e spalle una trentina di tali anelli rilevati, alcuni altri al palato duro ed alla vulva: perdurarono tre mesi rimanendo la nutrizione della donna e tutte le funzioni rispettate. Col decorso del tempo, come nelle forme anulari in genere, i cerchi le elissi, si frammentano oppure si fondono l'un con l'altro, e ne derivano linee con infiltrazione papulosa, disposte ad arco, a cifra 8, a spirale ecc.

I focolaj, nelle varie loro forme e grandezze, vanno incontro a desquammazione sempre che l'asciuttezza della pelle, la nutrizione del soggetto, ecc. lo consentano. Nelle pelli molto sottili e molto secernenti, nei siti esposti ad irritazioni diverse, nei soggetti anemici linfatici cachettici invece, possono le papule subire una parziale suppurazione e coprirsi qua e là di croste.

Il sifiloderma a papule secche, col suo polimorfismo, mercè la coesistenza e del sifiloma o della irite, più spesso della adenite

sparsa, di croste al capillizio di mio-od artralgie della cefalalgia, di papule umide cutanee di lesioni alle mucose, si fa conoscere prontamente. Il sifiloderma a piccole papule deve andar ben distinto dal *Lichen scrofolosorum*, e dal *Lichen ruber*. Nel lichene sifilitico come nell'acne dei cachettici, può aversi: aspetto generale cachettico, eczema intertriginoso ai genitali e poliadenite sparsa. Le papule del lichene scrofoloso sono anche molto piccole, rosso-brune disposte a gruppi, hanno talora sulla cima una squamma od una pustola e si localizzano principalmente al tronco. Però esse non oltrepassano il volume di una testa di spillo; formano raramente curvilinee, per lo più sono a gruppi, piane e non lucenti; si avvertono appena col tatto; si localizzano anzitutto al ventre nonchè alle pareti laterali e posteriori del torace, e solo più tardi alle altre regioni. Si accompagnano con tumori ghiandolari esorbitanti alle regioni ascellare e parotidea. Papule lenticolari in detto lichene non se ne scorgono.

È però da notare che in esso possono non mancare nodi e le pustole aventi il carattere dell'*acne dei cachettici* specialmente

alle estremità inferiori. Quivi per la rassomiglianza colle papule lenticolari, si potrebbe mettersi per cattiva strada, se non soccoressero le concomitanze ecc.

Il lichene rosso nella sua forma comune, non ha certo alcuna somiglianza col lichene sifilitico. Però esso forma talora delle piastre rosso-livide, grandi come una lente, un pezzo da due centesimi, che sono consistenti, hanno il centro depresso, ed il di cui margine sembra formato da uno o due o tre giri di papule migliari. Sotto questa forma arieggia il lichene sifilitico a gruppi, ed in certe località, per esempio ai genitali, le placche mucose. Tuttavia oltre alle forme confluenti vi hanno nel lichene rosso le papule disseminate, che possono guidarci. Esse sono uniformemente migliari, ad eccezione della linea che le contermina vicino alla base, sono rosso-brune pallide, con trasparenza cerea e con una depressione bellicata sulla cima. Le concomitanze, lo andamento clinico, il criterio terapeutico si potranno anche utilmente interrogare.

Quanto più è precoce il sifiloderma a piccole papule, tanto più facile lo si riconosce, altrettanto è da dirsi di quello a pa-

pule lenticolari. — Questo è da distinguere dal *lupus* dalla *sicosi parassitaria* e, nella varietà squammosa, dalla *psoriasi* poi dall'*eczema* ecc. Il *lupus* sviluppasi per lo più nella giovinezza, alla faccia, assai a rilento, in uno o pochi focolaj, con noduli meno consistenti, di colore più chiaro, più profondi e molto fragili. I grossi nodi non sono di solito disseminati, non tendono alla involuzione dal centro alla periferia. La costituzione scrofolosa del soggetto, il perdurare del morbo per anni, per la intera esistenza ecc., rappresentano dati giovevolissimi.

La sicosi parassitaria è spesso preceduta od accompagnata da erpete circinato. Si insedia con uno e più focolaj di infiltrazione nodosa o diffusa, poco o niente dolenti, a sviluppo rapido risiedenti nelle sole regioni provviste di maggiori peli, per lo più nella parte pilifera della faccia; i peli cadono o possono essere staccati senza dolore, e mostrano intorno alla radice le forme micotiche patogeniche.

SIFILODERMA PAPULO SQUAMMOSO DIFFUSO — PSORIASIFORME. —	PSORIASI NON SIFILITICA
1. Superficie della papula pressochè sempre incompletamente ricoperta di squamme, denudata in una parte più o meno estesa della sua periferia, o ridotta solo ad un colletto squammoso vicino al contorno della papula;	1. Superficie infiltrata più completamente coperta di squamme, pressochè squammosa in tutta la sua estensione;
2. Squamme sottili tenui piccole, superficiali grigiastre;	2. Squamme larghe grosse sovrapposte embricate, formanti sulla lesione un rivestimento lamelloso di squamme bianche lucenti;
3. Elemento eruttivo, d'un rosso oscuro, nelle porzioni scoperte, talvolta, rosso-rameico;	3. Colorazione meno rossa, meno scura nelle parti scoperte;
4. Pelle renitente più che ispessita a livello della lesione. Talvolta sensazione di una resistenza in superficie, comparabile allo indurimento sifilomatoso pergamenaceo o fogliaceo;	4. Pelle ispessita più che renitente a livello della lesione;
5. Elementi generalmente piccoli o medii come estensione; talvolta anulari policiclici girati;	5. Elementi talvolta piccoli, talora grandissimi; minore tendenza alla configurazione circolare;

6. Localizzazioni caratteristiche solo alla palma delle mani ed alla pianta dei piedi;	6. Sedi più frequenti i gomiti i ginocchi ecc.;
7. Il distacco spontaneo delle squamme è assai meno abbondante; sotto le squamme può effettuarsi erosione ed esulcerazione — soggetti deperiti cachettici, —	7. Desquammazione spontanea abbondante; levate le squamme artificialmente il *corion* può dar sangue; non si hanno erosioni nè esulcerazioni spontanee; possibili le ragadi;
8. Relativamente dura poco cioè 1-3 mesi; all'infuori delle mani pochissima tendenza a recidive;	8. Sempre cronica, recidiva si può dire regolarmente;
9. Modificasi rapida sotto l'influenza del mercurio.	9. Non avverte l'azione del mercurio sibbene quella dell'arsenico, dell'acido crisofanico ecc.

Relativamente alla psoriasi sifilitica palmare si deve tener presente che viene da papule che poi desquammano nella parte centrale e conservano al contorno un alone rosso-bruno di infiltrazione, che fondendosi con altri costituisce una curvilinea policiclica; che non è pruriginosa ecc. Lo eczema colle sue vescicole e pustole, col suo prurito, col diffondersi sulle dita anche al dorso, col recidivare, ad esempio, ad ogni estate o al ri-

pigliare il contatto di certe sostanze irritanti; colle sue disseminazioni e polimorfismo, è difficile ci tragga in errore. — Il callo, il *tiloma* professionale ed ereditario ecc, ci si darà a conoscere per le sedi che occupa e perchè il rivestimento di epidermide ispessita non è diviso da quella sana da arrossamento e da infiltrazione. Havvi talora una mescolanza di eczema e psoriasi e pitiriasi al palmo delle mani, dove conviene risalire all'anamnesi generale e della località, per trovare nella età, modo e fasi di sviluppo e sintomi soggettivi, la maniera di racapezzarsi. Ben inteso che, come per le modificazioni della cute delle mani, che ci richiamano il lichene e la ittiosi, interroghiamo il resto della pelle, cosi non trascureremo nei casi dubbii un esame quanto occorre profondo ed esteso.

Il sifiloderma a piccole papule, ordinariamente si accompagna ad un risentimento trofico generale maggiore, che non faccia il lenticolare, del quale la prognosi è meno grave.

Le varie maniere di dermatosi descritte possono guarire anche spontaneamente. Il loro corso è abbreviato dal trattamento ge-

nerale; la psoriasi alla palma delle mani, meno spesso quella analoga alla pianta dei piedi, può esigere una medicazione topica; altrettanto le papule erosive od ulcerative, ma di queste verrà acconcio di intrattenerci al capitolo che segue.

Contro la psoriasi anzidetta, che è tra le dermatosi secondarie quella che meno si lascia influenzare dal trattamento generale, si deve raccomandare anzitutto di evitare con ogni cura tutte le cause suscettibili di irritare le parti; quindi non maneggiare corpi duri, non raschiare o tagliare l'epidermide col temperino ecc. Si bagni questa frequentemente in aqua alcalinizzata e per togliervi le squamme e per rammollire l'epidermide e per render le efflorescenze più accessibili ai mezzi solventi. — Si prenda poi una o due volte al giorno un bagno in una soluzione di Deutocloruro di mercurio al 1 p °[o, indi subito si spalmi la mano con unguento diachilon, o con empiastro mercuriale, o con unguento di Bijoduro di mercurio 0.40: 30.00, —, o di Deutocloruro di mercurio — 1.00 : 30,00 ; — o di Precipitato bianco — 4.00: 30.00. — Può giovare in casi ostinati: Deutocloruro di

Mercurio, Collodion puro, Olio di ricino — 1.00: 15.00: 1.00 — da stendere sopra le parti psoriatiche, prima deterse il più possibile, o pennellarle con Tintura di iodio. Le dita possono essere avvolte con liste separate di tela medicata; è bene l'individuo tenga i guanti di notte non meno che di giorno.

Ugualmente riguardo ai piedi si deve evitare contatti troppo molesti vedere che la forma, la grandezza, la sofficità della calzatura attutisca il più possibile le pressioni; indi gli stessi detersivi e solventi come per le mani.

SIFILODERMA PAPULOSO

B) Papule umide e Placche mucose o Condilomi Piani.

Le papule umide e le placche mucose sono efflorescenze grandi da una lente ad un pezzo da cinque lire in argento e più ancora, rotondeggianti, erose, coperte di un detrito, o granulose, indolenti, accompagnate da un fetore particolare, secernenti, di con-

sistenza compatta [1]). O sono convesse e della grandezza di circa una comune *papula-umida* — o sono molto ampie, piane o depresse nel centro o vegetanti — *placche mucose*. Sulla pelle, sviluppansi nelle regioni dove la epidermide è sottile, e dove due superfici di pelle, tra loro addossate, sono esposte alla azione del calore e della macerazione da parte di prodotti irritanti quali sudore, catarro, sudiciume ecc. o del mutuo sfregamento. Si incontrano perciò allo infundibolo anale, al perineo, allo scroto, alla radice dell'asta, alla piega di questa collo scroto, nella piega scroto-crurale, vulvo-crurale e alla vulva, all' inguine, all'ombellico, all'ascella, negli spazii interdigitali, nonchè nei solchi ungueali dei piedi; meno di frequente al collo, al capezzolo, nel solco naso-labiale, alle coscie, alla nuca ecc. Sulla pelle, morbida come una mucosa, dei bambini, possono diffondersi in qualunque punto e prendervi proporzioni molto estese [2]).

1) Massa Nicolò designò chiaramente le papule umide allorquando caratterizzò certe pustole colla frase: « *Apparent rubeæ, elevatæ, magnæ, umidæ et tumidæ* ».

2) È interessantissima nello Atlante del Prof. Pro-

Possono sorgere dal sifiloma aperto oppure anche chiuso. La iperplasia e la macerazione sono frutto di un certo grado di calore e di umidità, cosichè se un sifiloma cada solo in parte sotto condizioni di tal genere, solo in quella si modifica. Il ghiande, la lamina interna del prepuzio, la vulva, il prolabio sono le parti, sulle quali si può compiere la trasformazione *in situ* anzidetta, di un fenomeno primitivo in uno secondario.

La papula in genere comincia con una macchia, che, soggetta a topica, irritazione, si eleva si macera e si fa erosiva secernente. Ampliandosi per zone e per confluenza, prende dimensioni diverse e diverse forme, le quali variano poi coi momenti varii di evoluzione e di involuzione, nei varii punti. La papula e la placca possono coprirsi di un'essudato difteroide; l'abbondante detrito può tramutarle in ulceri od in ragadi; ciò succede più spesso vicino agli orifici naturali, — *sifiloderma papulo ulcerativo, placche ulcerate.* —

Le cellule linfoidi, anzichè la mortifica-

feta la fotografia di un bambino di 16 mesi, nel quale gli arti inferiori ne erano per ampia area deturpati.

zione, incontrano talvolta una ulteriore organizzazione. In questo caso il focolajo iperplasico, come vince la resistenza della epidermide cornea, si caccia attraverso di questa per espandersi quale una escrescenza del volume di una lente, di una noce ecc. [1]), della forma di una mezza sfera, di un fungo, a superficie rosso-livida, granulosa lobata papillomatosa facile a dar sangue ecc. — *sifilide papulosa ipertrofica o vegetante* nei casi di sviluppo considerevole detta *framboesia* [2]). —

Dopo che le efflorescenze accennate hanno durato variamente a lungo, sotto la influenza terapeutica si riassorbono e svaniscono. Anzitutto se ne minora la secrezione, si ricoprono di epidermide, si deprimono nel centro. Al margine restano più elevate, in corrispondenza a questo persiste ancora carica la pigmentazione, quando la parte centrale scolorisce od ha già ripreso il colore della cute normale.

[1]) Ebbimo a curare una di tali masse siedente sulla coscia di una donna. Avea il diametro di 5 cent. e sporgeva di 05-2.

[2]) In certe *Sifilidi endemiche* — Radesyge, Scherlievo, Mal di Fiume, Sivvens, Morbus Dithmarsicus ecc — figurano di queste ed altre forme papulose.

Il secreto delle papule e delle placche, è un liquido di un'odore fetente affatto caratteristico, color giallo-chiaro, viscido, che incolla e macchia in grigio le lingerie, come la sierosità di un vescicante: attorno alla lesione, se esposto alla azione dell'aria, si essica in crosta. Il liquido stesso e la crosta, massime se trattenuti da peli, e la cute sia delicata, sono causa di rossore e prurito e infiammazione nelle vicinanze. Esso liquido, col suo potere irritante, concorre in modo analogo a suscitare sul foglietto cutaneo contrapposto, efflorescenze umide congeneri.

È raro cada in difterismo e più ancora in gangrena. La poca resistenza e nettezza del soggetto, il volume e l'abbondante secrezione delle efflorescenze, vi apportano ulcerazione e la infiammazione; la resipola, lo abbeveramento edematoso, l'edema solido, l' organizzazione di nuovi elementi colla ipertrofia della parte — vulva, prepuzio ecc. — possono condurre ad una *condizione elefantiatica.* Aggiungasi che le vie linfatiche possono, sia che fossero per giunta malate in precedenza, sia che lo divengano solo al momento della eruzione, subire mo-

dificazioni infiammatorie tali che la pervietà loro ne resti scemata o tronca.

La pigmentazione, l'atrofia, la cicatrice una certa iperplasia, possono rimanere dove era il sifiloderma che, lasciato a se, può durare indefinitamente.

È più frequente nelle donne, nei bambini, nei giovani, nei soggetti con pelle delicata, nei pingui, nei sudici ecc. Recidiva più di tutti gli altri sifilodermi per 2—5—7 anni dopo il contagio. Si accompagna ai sifilodermi di varia maniera del secondo periodo, e magari a quelli del terzo. Massime nelle donne spesso si trova che è solo, e che da solo recidiva.

Le papule umide e le placche mucose così alla cute, come sulle mucose, rappresentano la forma la più schietta ed univoca della sifilide. La forma, la iconografia, le fasi speciali di questa espressione morbosa, depongono sempre in modo sicuro e chiaro per una condizione sifilitica.

Se si potesse sospettare che una condizione eczematosa tenesse nascosto nel suo seno delle papule o placche, subito che con mezzi isolanti od astringenti si abbia modi-

ficato quella prima, si potrà rilevare i contorni e lo aspetto di queste ultime.

Le vegetazioni o condilomi acuminati non sono d'origine sifilitica; seguono spesso a forme catarrali in vicinanza e sugli organi genitali ecc; non hanno alcun odore; più spesso sono asciutti, la epidermide sopra di essi non manca anzi vi è iperplasica; il corion è pieghevole non sensibilmente infiltrato; se sono *composti* le ramificazioni si possono seguire talora fino alla base, sono più lontani tra loro ed occupano zone di pelle più estese, serbano la loro consistenza anche sulle mucose, cedono alla sola cura locale che deve essere molto più energica di quella contro le placche, recidivano in un tempo più breve di queste ecc.

Per distinguere una papula o placca dal sifiloma si terrà gran conto dello stato delle ghiandole vicine. Se il fatto secondario si complica di fenomeni infiammatorii, può esso destare una tumefazione glandolare irritativa. Per giudicare poi se il fatto stesso siasi svolto sopra un sifiloma, si terrà conto delle condizioni topografiche della lesione, del suo aspetto, dello stato delle ghiandole, e delle concomitanze.

Il pronostico è di una benignità costante. Pur persistendo la facilità ostinata alle recidive, è anzitutto raro che l'eruzione si complichi; i mezzi terapeutici possono impedire od attenuare le recidive e guarire prontamente la lesione, la quale per sè non indica punto una certa gravità della infezione.

Contro le papule e placche si deve impiegare anzitutto la detersione accurata della parte e lo isolamento con bambagia o con polveri assorbenti. Altrimenti si aggiungano: fomenti con liquore di Van — Svvieten — Deutoclor. di Mercurio, Alcool rettificato Aqua stillata 1.00: 100.00: 900.00; — oppure due volte al giorno si detergano esattamente, a più riprese, le superfici malate con un fiocco di bambagia intrisa nel liquore di Labarraque — Cloruro di calce secca, Carbonato di soda cristallizzata, Aqua stillata 100: 200: 4500; — immediatamente dopo questa lozione si applichi col pennello, con uguale esattezza, su tutta la superficie, del Calomelano porfidato. Rare volte si hanno da intraprendere cauterizzazioni: ricorrasi allora preferentemente alla soluzione aquosa satura di Nitrato mercurico, il quale vuole essere impiegato solo sopra porzioni limi-

tate e avuto riguardo al dolore vivo che cagiona, come anche per evitare lo assorbimento, che, effettuandosi largamente, può suscitare sintomi tossici.

Quanto è prontamente efficace la cura locale, altrettanto esercita poca influenza contro le papule e placche secernenti la cura interna o generale, che non è del resto da pretermettere.

SIFILODERMA VESCICOLOSO E BOLLOSO

a forma di Varicella, di Erpete, di Eczema, di Pemfigo

Non è raro di vedere prodursi alla superficie delle papule, un processo di essudazione, che porta alla formazione di piccoli sollevamenti epidermici sierosi o siero-purulenti. È così che la papula migliare si trasforma in vescicola *varicelliforme* semi-globosa. In capo ad otto dieci giorni la sierosità divenuta purulenta, si riassorbe o si concreta in una crosta. A questo punto apparisce assai nettamente lo elemento papuloso, col suo colore rameico caratteristico. È frequente vedere questa eruzione preceduta da prodromi, rivestire la forma di uno

esantema, suscettibile d'imporre per una varicella. Si eviterà questo errore osservando con cura, lo andamento delle efflorescenze; tutti gli elementi fanno la loro comparsa in meno di 48 ore, se si tratta di esantema, mentre che la sifilide si accusa lentamente con espulsioni successive in 15-20 giorni. Questa ultima d'altra parte offre degli elementi meno confluenti, l' areola rossa che li contorna, acquista prontamente una tinta scura brunastra, mentre la sierosità centrale si riassorbe lentamente.

. Quando la vescicola è molto piccola crediamo si debba formulare il diagnostico con molta circospezione e solo quando la raccolta sierosa è bene dimostrata. In molti casi la esistenza della vescicola, sembra incontestabile cosichè non è necessario passare ad un'esame approfondito; abbiamo potuto assicurarci staccando la epidermide superficiale col mezzo di una lancetta o di uno spillo, che non vi avea punto traccia di liquido, anche allora che la sommità della papula era lucente e biancastra. Questo aspetto era dovuto probabilmente, ad una sorta di rammollimento edematoso della papula.

Stracciato l'apice di una papula con uno spillo, se se ne schiaccia la base tra le dita, se ne enuclea, molto facilmente, una piccola massa sferica, nettamente delimitata da un inviluppo di tessuto congiuntivo, e che il microscopio mostra essere una ghiandola sebacea più o meno ipertrofizzata. Le ghiandole delle grandi labbra normalmente voluminose, sembrano le più favorevoli per questo studio.

Gamberini crede che il processo possa fissarsi sulle ghiandole sudoripare — *idrosadenite sifilitica*, — e dar luogo a delle elevatezze il di cui vertice perforato lasci passare l'escrezione sudorale: appoggia egli il suo giudizio con una osservazione clinica.

Si dà il nome di *sifiloderma erpetiforme* ad una espulsione papulo - vescicolosa i di cui elementi si fanno rimarcare per la loro piccolezza e confluenza. Se le vescicole sono disposte a cerchio simulano talvolta l'*erpete circinato* in un tale grado, che il solo microscopio permette la distinzione. La integrità dei peli, il coloramento rameico, lo scarso numero dei focolaj ecc., di solito ne segnano però bastantemente il divario.

Egli è estremamente raro che l'eruzione

si presenti sotto forma di vescicole agglomerate a *forma eczematosa*, con sede abituale sulla faccia o sul cuojo capelluto, ma che potrebbe invadere lo scroto e la regione perineale. In un caso riferito da Paola il corpo intero ne era ricoperto salvo il dorso delle mani, le dita, i ginocchi ed i piedi. Le vescicole migliari si staccano sopra un fondo rosso-bruno; prendono rapidamente lo aspetto purulento, poi si disseccano in croste: non cagionano, ben si comprende, nè cuocciore nè prurito.

A priori è incontestabile che una papula può diventare sede di una essudazione abbondante, può simulare una bolla di *pemfigo*. — πέμφιζ bolla. — Questo fenomeno sarà specialmente spiegabile, se il soggetto soffre nel contempo di un cattivo stato generale, di una cachessia qualunque, e si trovi sottoposto a condizioni igieniche deprimenti, che favoriscano i fenomeni esosmotici del sangue diminuendone la plasticità. Notiamo ugualmente la sede delle lesioni tra le cause predisponenti; non è egli evidente infatti, che sotto una epidermide grossa, che metta ostacolo alla sua espansione, la lesione primordiale — papula

con esalazione sierosa — non potendo trionfare del rivestimento che la comprime, avrà la maggiore inclinazione a svilupparsi in larghezza? Così può essere comparsa la formazione delle bolle in certi determinati punti in luogo della vescicole.

Ma esaminiamo quanto dice la clinica. Jullien ha potuto mettere assieme quindici osservazioni di preteso pemfigo sifilitico in adulti. Si trattava spesso di eruzioni isolate di bolle poco numerose, sopra sedi le più diverse, in epoche di malattia varia, in soggetti che aveano avuto la sifilide e dove ogni altra causa sembrava mancasse. Crede il Jullien che uno solo tra questi casi provi la possibilità della esistenza del pemfigo sifilitico negli adulti: e precisamente la osservazione di Lamberti Nicola di Civitavecchia. Risguarda un uomo di anni 41, di forte costituzione, sempre sano sino all'aprile del 1864 in cui riportava la infezione, che alla metà del Luglio successivo si palesava con poliadenia, irite, e bolle di varia grandezza ed in differente stadio su tutto il corpo ad eccezione della faccia, delle mani e della gamba sinistra, e che guarì con una cura fenico-

solfitica [1]). Da parte nostra abbiamo veduto la varietà di sifiloderma varicelliforme ed erpetiforme, mai le rimanenti; il pemfigo soltanto in bambini inquinati di sifilide ereditaria.

La rarità delle forme vescicolo-bollose, la scarsezza in genere ad ogni eruzione degli elementi, la difficoltà di trovarli allo stato di purezza, la caducità di questi, consigliano saggiamente alcune scuole a non fare un tipo distinto dei sifilodermi vescicolo-bollosi, riportandoli tra i papulo-pustolosi.

La diagnosi va fatta massimamente sulle concomitanze e sullo andamento. La prognosi non ha nulla di particolare. Basta in genere la cura generale.

SIFILODERMA PUSTOLOSO

Acne, Impetiggine, Ectima

La lesione elementare primitiva dei sifilodermi pustolosi, è una raccolta di pus sotto-epidermica, che diventa presto una

[1]) Fin quì questo capitolo è tolto dal magistrale trattato dello Jullien (1886).

crosta [1]. La fusione purulenta e la crosta pari passo raggiungono proporzioni diverse. Il lavoro lento, talora distruttivo del derma, è causa di pigmentazioni, di cicatrici.

La eruzione pustolosa riconosce ragioni locali, più spesso generali, che consistono nella tendenza piogenica del soggetto — linfaticismo, scrofola, anemia, cachessia, — la quale al momento della cura spesso vuole essere anche combattuta e corretta.

Le prime eruzioni pustolari di solito sono risolutive; cagionano invece sempre distruzione della pelle, quelle tardive e le precoci maligne. Il perdurare lungo e facile recidivare di talune forme pustolari fanno sì che se ne abbiano magari lungo tutto il periodo secondario, e che se ne possano poi avere anche nel terziario. Si accompagnano a tumefazioni ghiandolari maggiori delle dermatosi secche. Comprendono tre varietà: l'*acne* l'*impetiggine* l'*ectima*, le quali spesso sono mescolate assieme.

L'*acne* è rappresentato da pustole piccole acuminate o sferiche, risiedenti sopra una

[1]) Fournier li intitola pustolo-crostacei dacchè evvi prima una pustola, che rapidamente diviene una crosta permanente, nella quale appunto s'imbatte per lo più il medico.

rilevatezza papulosa e che essicano in una crosta gialliccia o bruna. Hanno per sede i follicoli pilari e sebacei, massime del capillizio, della fronte, delle regioni scapolare e sacrale; sono rare al petto, e più ancora agli arti. Comparisce l'acne prima delle altre forme pustolari, delle quali ha poi un decorso più rapido. Pochi sifilitici sfuggono all'acne del capillizio. — Quello precoce suole essere disseminato; quello tardo e quello maligno si dispongono a gruppi che diventano ulcerosi. Talora raccogliesi in un piccolo numero di chiazze, rimarchevolí per la confluenza delle pustole, per la infiltrazione della loro base e nettezza dei bordi che le limitano — *acne marginato cronico* descritto da Tanturri —. Una tal quale *forma verrucosa* la si ha spesso nelle regioni pilifere, alla faccia al collo, al pube, allo scroto alle grandi labbra. È caratterizzata da rialzi lenticolari, agminati o sparsi, rosso-pallidi, con base larga, con croste verdastre sempre traversate da un pelo, e che constano di un prodotto sebo-purulento.

Sifiloderma Acneiforme	Acne Volgare
1. Di solito lo si vede nella età adulta perdura alcune settimane;	1. Eruzione essenzialmente cronica, comincia nella giovinezza per prolungarsi sino alla età matura;
2. Esistendo in qualche punto, non manca al cuojo capelluto; è piuttosto sparso su varie parti; sebbene di rado, pur lo si vede anche alle estremità;	2. Predilige la fronte il dorso il petto; direbbesi la metà superiore del torace;
3. Si compone di elementi eruttivi, che hanno presso a poco la stessa età;	3. Gli elementi rappresentano le più differenti fasi di sviluppo;
4. La base delle efflorescenze è papulosa per cui comprimendola non dà marcia; manca lo alone reattivo. La crosta si fa lenta e sottile. Staccandosi lascia una depressione che svanisce. Può l'efflorescenza diventare papulo-squammosa, il che non è dell'acne semplice.	4. La marcia soggiorna perfino in seno alla cute, alla pressione, come se fatta sopra un foruncolo, la si vede uscire. Havvi alone infiammatorio. La crosta si fa prontamente ed è grossa; staccandosi lascia una cicatrice incancellabile.

La prognosi è meno favorevole che non sia nelle forme maculose e papulose. L'acne disseminato guarisce più rapido di quello conferto.

È raro si esiga una cura locale. Nel caso si allontanerebbero le croste mediante emmollienti per poi praticare unzioni con unguento di Precipitato bianco di mercurio — 1.00, — o Sottosolfato di mercurio — 2.00, — in Vasellina o Glicerato di amido — 30.00 —.

In persone insofferenti e che vi portano spesso l'unghie, l'acne al capillizio, potrebbe reclamare una medicazione più energica. Per le forme ulcerative diremo altrove.

La *impetiggine sifilitica* consta di pustole migliari che si aggruppano di solito in numero più o meno considerevole sopra una stessa chiazza arrossata. Se cade nel periodo secondo ha tendenza risolutiva, se nel terziario o se è maligna, invece tende alla ulcerazione; nel primo caso è piuttosto disseminato nel secondo confluente. Siede anzitutto sulla testa dove predilige la regione della barba, le ali del naso, il solco mentoniero, le commessure labiali, il cuojo capelluto. Si trova talvolta al pube, sullo sterno, di rado assai sugli arti, specie gli inferiori.

La durata della pustola è effimera. Le croste non sono mai formate da strati sovrapposti; restano appiattite nel loro assieme, non si elevano in masse coniche, pos-

siedono areola più o meno rossa. La pustola può avere uno stadio papuloso e la crosta risiedere sopra una elevatezza pure papulosa; allora non si tratta più di impetiggine vera ma di *papule impetigginose.* Nella forma benigna le croste si staccano facilmente, l'areola impallidisce, rimane una colorazione che può persistere indefinitamente. La forma benigna, compie il suo corso in 2-6 settimane: il trattamento vi ha molta influenza.

Nei cachettici prende alle volte una tendenza maligna. Attorno alla crosta l'epidermide è sollevata da sierosità purulenta, che si concreta in una zona crostosa. A questa se ne aggiungono di nuove intanto che il derma viene attaccato da zone di ulcerazione regolarmente concentriche e circolari — *impetigo rodens,* — che possono unirsi con altre sôrte in località vicine: di qui ulceri serpiginose con diametri di 5-15 centimetri.

La impetiggine benigna specifica somiglia grandemente a quella volgare, talora alla sicosi della barba ed allo eczema impetigginoso.

IMPETIGGINE SIFILITICA	IMPETIGGINE SEMPLICE
1. Più frequente negli uomini adulti, alla testa e nelle parti pilifere;	1. Più frequente nei bambini e nei giovani, massime alla faccia;
2. Sono espulsioni successive sub-acute di elementi mai molto fitti, nè molto omogenei. Danno croste sottili giallo-brune, sporche, circondate da alone rameico, talora collocate sopra un rilievo papuloso, che persiste dopo il distacco della crosta. E' possibile la cicatrice; inevitabile una pigmentazione persistente.	2. L'espulsione è molto acuta, gli elementi più spesso confluenti ed uniformi. Le croste grosse, giallo-lucenti, fragili non risiedono sopra rilevatezze papulari. Il tessuto sotto non si ulcera. Staccandosi le croste la pelle resta sana, la colorazione secondaria dilegua presto,

La sicosi è spesso secondaria ad erpete parassitario o ad eczema ecc.; limitasi alle regioni dei maggiori peli; può avere molti focolai sôrti rapidamente, a grande volume, pruriginosi ecc. — forma parassitaria; — od uno solo poco elevato, per lo più al labbro superiore ecc. — forma non parassitaria; -- havvi ogni volta infiltrazione fin nello ipoderma, facile e non dolorosa allontanabilità dei peli, che hanno la vagina della radice edematosa e questa, talora investita, dal *microphiton tonsurans.*

Il maggior grado di abbeveramento, il forte prurito, il calore ecc. ci serviranno per conoscere l'eczema.

Nella varietà benigna l'impetiggine non ha peggiore significazione dell'acne. Dimanda una cura uguale.

L'*ectima sifilitico* è caratterizzato da pustole grandi come una lente come una fava, risiedenti sopra tessuto infiltrato, circondate da alone, ed a contenuto, spesso, emo-purulento. Abbiamo una forma comune, precoce benigna cioè *superficiale*; un'altra non molto frequente, tarda o maligna, sempre grave cioè *profonda*, che può condurre alla *rupia*, e ad ulcerazioni gravi.

L'ectima superficiale comparisce verso il secondo anno; predilige gli arti inferiori, meno la fronte la nuca ecc; le pustole durano 2-3 giorni; le successive croste hanno 2-4 mill. di diametro; sono brune, sottili, aderenti: levate con l'unghia o con un cataplasma lasciano vedere altrettante erosioni, che prontamente si riforniscono di nuove croste: dopo una lunga durata l'areola si ammorza, le erosioni cicatrizzano, cadono le croste. La colorazione secondaria, per-

siste molto di più che nelle altre forme pustolari risolutive.

Si associa ad eruzioni cutanee papulose e persino eritematose. Abbandonato alla sua propria evoluzione persiste parecchi mesi, e non tarda a complicarsi sia con forme eruttive più grandi, sia con accidenti di altro genere. Sotto al trattamento specifico guarisce in alcune settimane.

Pustole flisacie superficiali analoghe a quelle dell'ectima, possono essere date dalla scrofola, dalla cachessia, dalla stasi nelle safene, dal grattamento — nelle dermatosi zooparassitiche, nella prurigine, *pruritus*, eczema; — da altri irritanti esterni — revulsivi, balneo-idroterapia, — dall' uso interno degli ioduri ecc. La sede, la distribuzione talora circolare della sifilide, la assenza di prurito, gli antecedenti, le concomitanze più che l'esame delle efflorescenze, massime se sono colpiti gli arti inferiori, ci apprenderanno la natura del morbo.

La cura locale non va trascurata neppure se si tratti di ectima superficiale, quando, e per le sedi che occupa, e per la intensità sua, e per la costituzione del soggetto possa aggravarsi. - L'allontanamento delle croste, le

applicazioni sul genere delle enunciate a propoposito dell'acne; dischi di tela spalmati di Empiastro di Vigo alternati a lozioni fenicate, possono corrispondere a capello. [1]).

SIFILIDE DELLE MEMBRANE MUCOSE

Sifilidi Mucose.

Le efflorescenze specifiche delle mucose hanno una stretta analogia con quelle alla cute: tuttavia ragioni anatomiche, ed irritazioni d'indole diversa fanno sì, che tale corrispondenza manchi e per talune che crescono sulla pelle, e per altre proprie alle mucose; cosí è inutile rintracciare sulla pelle le

[1]) Le varie efflorescenze sifilitiche lásciano ordinariamente una colorazione pigmentale. Da più di trent' anni si parla di una *cromatosi cutanea sifilitica primitiva* — SIFILIDE PIGMENTARIA, *Vitiligine, Ipercromia* ecc. — Al contrario Neisser e Riehl — 1883-84 — hanno insistito sopra una forma di *leucoderma* del collo, secondario a forme maculopapulose. Rosenthal osservò il leucoderma cadere in soggetti sifilitici anche sovra punti, mai colpiti da sifilodermi — 1885. — Henoch vide spesso in bambini atrofici, con lue ereditaria, una pigmentazione oscura della pelle, intensa quanto la tinta bronzina del *Morbus* di *Addisson*. Haslund — 1886 — avrebbe

placche opaline e mancano, si può dire, sulle mucose le bolle, le vescicole. le pustole.

Non è esatto comprendere tutti gli elementi eruttivi delle mucose sotto l'unico nome di *placche mucose*, che abbraccerebbe apparenze molto diverse; giova invero distinguere:

1. Sifilidi mucose eritematose;
2. » » erosive ;
3. » » papulo-erosive;
4. » » papulo-ipertrofiche ;
5. » » tubercolari ;
6. » » gommose;
7. » » ulcerose.

Lo eritema maculoso, o diffuso, tiene un colore rosso carico che si stacca brusca-

veduto il leucoderma nel 30 p. °/₀ degli uomini sifilitici, il 65 p °/₀ delle donne ; egli crede che segua sempre sul punto del sifiloderma maculoso, mai del papuloso come vorebbe Neisser; e, in modo assai più esclusivo di questo ultimo, vuole che ogni volta debba provenire da una efflorescenza sifilitica. Certo, ostinate deposizioni pigmentarie seguono alle efflorescenze specifiche. Oltre a ciò quasi tutti i Sifilografi Italiani ammettono un *sifiloderma pigmentario primitivo*, *maculoso* ed *areolare* spettante al periodo secondario, conforme venne illustrato dal Tanturri e dal De-Amicis. Detto sifiloderma non avrebbe mai una durata definibile, e non si lascerebbe influenzare menomamente dalla cura specifica.

mente da quello normale della mucosa. La superficie può essere granulosa, ineguale, a depressioni solcate: talora, dove in istato sano è evidentemente papillare come alla lingua, essa si rende levigata — *placca liscia*, — può aggiungersi aumento nella secrezione catarrale. L'epitelio turbato nella nutrizione può desquammare; o caricarsi di plasma e di globuli purulenti, farsi grosso, torbido, costituire macchie alquanto prominenti, ovoidi o circolari, grigie o biancastre, come quelle che lascia sopra una mucosa il tocco del nitrato di argento — *placca opalina*, psoriasi della lingua. —

Le forme erosive sono spesso depiteliazioni della mucosa, apparecchiate dallo eritema.

Le sifilidi papulo-erosive dette anche papule mucose o papulose umide, o semplicemente papule mucose, sono infiltrati papulosi mancanti di epitelio e secernenti: coniche, emisferiche, piatte, ad imbuto, ad anello, possono, per intero, od in parte, elevarsi sul terreno stesso del sifiloma.

Le sifilidi papulo-ipertrofiche equivalgono a papule sviluppate esageratamente: la infiltrazione vi è cospicua, abbondante la copia dello epitelio; le papille raggiun-

gono talvolta una ipertrofia considerevole, si sollevano e raggruppano per formare dei veri papillomi a fungo, a cavolfiore, ecc.

Le papule possono sfasciarsi, e, a norma della distribuzione e profondità del detrito, si hanno ragadi ed ulceri di varia forma ed importanza. Dei tubercoli ecc. diremo tra le forme terziarie.

Le espulsioni sulle mucose possono essere evocate, e lo sono spesso, una e più volte, da irritazioni locali; però *sanno* pure *aprirsi la via spontaneamente*, cioè per la sola forza dell'infezione; sono tutte secernenti, cioè, o accrescano la produzione catarrale oppure suscitino produzione di marcia, sono *tutte sifilidi umide*. Sono esse e le produzioni cutanee affini, risiedenti in vicinanza ai naturali orifici, che *fomentano e perpetuano* in grado massimo *la piaga sociale*; hanno una facoltà sorprendente a recidivare, una *potenza straordinaria di ripullulazione*. Per se stesse non dànno sintomi soggettivi degni di nota; però o ulcerino o si ricoprano di detriti, o di secrezioni, o di ipertrofie, possono diminuire la distensibilità della mucosa che le porta, e il lume stesso del canale mucoso fino ad occluderlo

od imbarazzare il passaggio ai fluidi e patologici e normali, suscitare infiammazioni vive, emorragie, turbamenti funzionali, quali la abolizione della voce, dell'udito, dell'olfatto; rendere doloroso il movimento. ecc.

Le sifilidi mucose per lo più si accompagnano a sifilodermi diversi, peraltro, specie le recidive, figurano anche da sole.

Frequenti agli orifici e nelle prime vie, esposte a inevitabili irritazioni, sono spesso molto ostinate e reclamano si può dire sempre il trattamento locale così igienico, che farmaceutico.

Colpiscono la bocca, la faringe, l'orecchio medio, il naso, la laringe, la mucosa degli organi genitali, dello intestino retto e dell'occhio.

SIFILIDI MUCOSE DELLA BOCCA

Labbra, Guancie, Gengive, Palato duro e Lingua.

Le manifestazioni buccali sono più frequenti negli uomini adulti; si hanno con qualche frequenza pure nella età della dentizione. Le risvegliano il fumare e masticare tabacco, l'uso dei cibi acri, irritanti,

gli alcoolici, la poca nettezza della bocca, la carie e necrosi dentale, come tutto che vi mantiene una irritazione, così le turbe gastriche, il soffiar vetri, ecc.

Al PROLABIO s'incardinano talora sul sifiloma. Vi abbiamo forme eritematose, opaline, ampie papule lardacee, ragadi, erosioni e perfino ulceri. Occasionano appiccicamento delle labbra, dolore nei movimenti, salivazione ed emorragia. La lentezza ed indolenza nello sviluppo, lo insorgere successivo dei focolaj diversi, differenzia le forme erosive dalla *idroa*, che è febbrile con vescicolo-flittene acute, indi eventualmente erosive, facili a pronta e spontanea guarigione. Le erosioni colgono volentieri le commessure buccali, ammalano ugualmente l'uno e l'altro prolabio; si circondano al bordo cutaneo di granulazioni o di croste oscure, e, spesso sulla mucosa, di una tinta opalina.

Nella FACCIA POSTERIORE DELLE LABBRA, massime la pressione inuguale dei denti, può richiamare lesioni grigiastre, piuttosto ampie, o delle fioriture minori. Le cripte mucose, chiuse, visibili, avvertibili col tatto in grande numero, se infiammano e si aprono — *afte*, — prendono forma acuminata, an-

damento acuto, molto doloroso; quelle situate vicine giovano a tracciarci la intera evoluzione del male e la sua indole.

Nei FORNICI LABIO-GENGIVALI, si hanno spesso dei crepacci sopra aree opalescenti, inoltre delle chiazze di visibile infiltramento poco o niente dolorose.

Allo INTERNO DELLE GUANCIE, si possono continuare le erosioni e le placche dei prolabii. Spesso vi figura un colore grigio o bianco, sparso in una macchia talora simmetrica, triangolare, con base in avanti, ostinatissimo, che può prendere posto anche sulla lingua, e molto diradato, sugli alveoli.

Di questi, l'ultimo molare inferiore ammala spesso nella piega mucosa che gira dietro il dente, detto della sapienza, massime se questo sorge in epoca prossima a quella della infezione. La mucosa può ingrossare, prendere uno coloramento bianchiccio, e diventare dolente.

Il PALATO DURO, nella parte posteriore precipuamente, può mostrare macchie, anelli eritematici, talora elevati, erosivi. Da dove si stacca il palato molle, per lo più sulla linea mediana, si scorge, non poche volte, una elevatezza grigia lucente erosiva, con

alone intorno, ecc. Lo aspetto, lo andamento lento, lo sviluppo successivo dei focolai l'assenza del dolore, le concomitanze, rivelano da che provengano.

Ma è la LINGUA quella che più svariatamente ammala. Talune disposizioni ereditarie, stati morbosi generali, il lentore nel circolo, le lesioni dello stomaco, quelle del cavo buccale, speciali abitudini e professioni, possono, oltrecchè comprometterla per conto proprio, metterla sotto il giogo della sifilide, che può coglierla del resto senza che una designata vulnerabilità gliela indichi. È naturale, che le sifilidi linguali semplici riflettano la infezione, in modo molto più chiaro che non talune forme miste; le sifilidi linguali vecchie assumono uno aspetto non dei più chiari. La lingua ammala di forme secondarie nei 2-3 primi anni. Le irritazioni diverse, vi apparecchiano più gli uomini adulti ed i bambini vicini alla dentizione, che non le donne.

Raramente vi si vedono, così come alla pelle, delle macchie lenticolari, elittiche, rotonde, superficiali, isolate o confluenti, leggermente desquammative — *roseola.* — Lo eritema copre talvolta ugualmente ai due

lati, per 2-4 settimane, la punta della lingua, con un colore roseo o rosso carico, che si arresta bruscamente contro un margine talora alquanto più elevato. Comunque, anche il contatto con sostanze acide, calde, non dà dolore; il resto della lingua e lo stomaco possono essere sanissimi. Non si possono confondere con cerchi e chiazze eritematose, che sogliono comparire da un giorno all' altro, che accompagnano le gastropatie e la dentizione, che si spiegano alla punta ed ai margini con cerchi od archi, uniti o separati, giallicci e rilevati alla periferia, dove l'epitelio è macerato, più rossi e granulosi nella parte centrale, e che guariscono, in via ordinaria, rapidamente.

La porzione dinanzi alle papille circumvallate, e specie la mucosa dorsale del corpo della lingua, ricetta soventi delle papule migliari e lenticolari tipiche, capaci di diventare bellicate, e anulari, e conferte; di formare dischi coriacei piani o mammellonati policiclici, che, risolvendo, si scindono nei loro elementi papulosi originarii; dischi che perdurano 2-5 settimane, senza che l'epitelio si alteri notevolmente nella sua nutrizione, e che molestano solo nel parlare e nel masticare.

La sede e disposizione delle papille circumvallate, ci impedirà di prendere queste per papule. Dette papule possono farsi ipertrofiche e sui bordi della lingua incorrere nella macerazione dello epitelio, nella erosione; diventare altresì ulceri lardacee, opalescenti od eritematiche, al margine poco dolorose, o se vi batta contro un dente oppure cibi o fumo irritanti, anche dolorose perchè si infiammano.

Talora proprio al dorso nella parte provveduta di papille, si formano poco a poco 1 - 10 - 20 e più isole depresse, nettamente marginate, senza visibile macerazione di epitelio; isole rotonde ovali, elittiche, separate, fuse qua e là assieme, rimarchevoli perchè piane come vi fossero rase via le papille — *placche liscie della lingua*, — di un colore spesso più carico del resto della mucosa. Analoghi appianamenti circoscritti ed estesi, rotondi ecc. si vedono per molte settimane di fila e molti mesi puranco, in sifilitici risanati di tutto il resto, in pellagrosi non sifilitici ecc.; sono dischi di iperemia lenta con disquammazione abbondante da insufficiente nutrizione epiteliale — keratolisi. —

La cronica congestione papillare prov-

vede altravolta ad uno ingrossamento delle papille, con proliferazione incessante e larga di epitelio, che va a formare stratificazioni più grosse del normale — parakeratosi —. Questa distrofia può cogliere come la lingua così le labbra, le guancie ed il palato duro; costituisce la *psoriasi della lingua e della bocca*. Consiste in macchie lattee, opaline — analoghe a quelle che lascia il tocco di un cannello di nitrato di argento sopra una mucosa, — liscie, non depresse sul livello della mucosa, talvolta anzi più elevate, rotonde, ovali, anulari, irregolari; talora quà più, là meno sature, perfino reticolate; macchie grandi come la testa di uno spillo, una lente — *placche opaline* — un pezzo da 1-2 franchi e più, circondate da areola, suscettibili di desquammazione, risiedenti sopra mucosa ingrossata e che si notano altresì alla faccia inferiore dell'organo. L'anzidetto ingrossamento lo si rileva, meglio che altrove, nello interno delle guancie; dove la chiazza bianca — *leucoplakia* [1]) — a forma di triangolo forma spesso un piccolo gozzo sporgente; e talvolta anche sulla lingua, che troppo larga per capire nell'arcata den-

[1]) λευκος, bianco; πλασσω, plasmo.

tale, va ad essere divisa da solchi in varia direzione. La desquammazione può lasciare delle depressioni rosse, lucenti, escoriate; nelle depressioni dentali può la psoriasi costituire ragadi ed ulceri. Come nel palmo della mano può la *psoriasi* diventare *cornea*, così alla mucosa bucco-linguale i solchi, gli ispessimenti possono crescere al punto da meritarle il titolo di *Keratosis mucosoe linguæ*. Condizioni insite nell'individuo, irritazioni dal di fuori, possono, come al palmo della mano, così alla lingua, concorrere a cangiarne la fisonomia per modo da renderne difficile la interpretazione.

La punta della lingua ed i bordi, corrispondenti agli ultimi denti, sono le sedi più frequenti delle ulceri. Queste hanno fondo lardaceo lucente, alone intorno e, per lo più, trovano in una condizione dei denti la spiegazione della loro insorgenza e pertinacia. Nelle forme linguali più gravi, massime se associate a soluzione di continuo ed a flogosi, può aversi salivazione, dolore nel parlare e al contatto coi cibi ecc, qualche emorragia. Alla radice linguale sembra non ammalino che i follicoli mucosi, che potrebbero ingrossare come quelli delle tonsille.

Veniamo alla diagnosi. Le afte semplici sono leggere ulcerazioni raramente isolate, che colla loro fase vescicolosa, colla formazione rapida in uno al decorso piuttosto breve e col vivo dolore che le accompagna, si distinguono agevolmente dalle lesioni specifiche; risiedono più che alla lingua alle labbra ed al palato duro.

Il soffiar vetri, il fumare, l'uso del mercurio possono dare intorbidamenti epiteliali, che simulino quelli sifilitici.

Nei vetrai, 6-700 volte al giorno, la mucosa è sottoposta ad una forte pressione e ad un certo riscaldamento. Ne vengono chiazze opaline bilaterali simmetriche, costantemente situate attorno all'orificio, talora ampliato, del canale di Stenone; sebbene ampie non raggiungono mai la commessura buccale, non ulcerano mai; sono costituite da epitelio rammollito, accumulato.

Nei fumatori, alla faccia posteriore delle labbra, ed allo interno delle guancie, dalla commessura magari fino alla unione delle due mascelle, talora al bordo linguale stesso ad un lato solo, od in grado maggiore ad uno, riscontransi macchie o striscie biancastre di epitelio cotto. Si accompagnano

spesso a denti anneriti ed a catarro cronico della faringe. Tale stato non tende ad evoluzione ulteriore; per lo più non dà incomodo, dura immutato per anni, per tutta la vita.

La ulite, la salivazione, l'allegamento dei denti, il turgore della mucosa, sciolgono presto il sospetto di mercurialismo. La data del morbo, il decorso, le concomitanze vogliono essere bene compulsate nei casi più difficili, dove l'opinione del malato, sommata con quelle spesso disparate di medici diversi, rendono poco utile e perfino pericolosa la narrazione del paziente.

La prognosi delle lesioni bucco-linguali non è grave: le soluzioni di continuo, la psoriasi esigono però molto tempo a guarire, e tendono a riprodursi una e più volte.

Il combattere le concause e la infezione non valgono a scongiurare prontamente alcune lesioni, contro le quali l'ammalato stesso desidera una cura locale. Questa può scemare o togliere il pericolo di trasmissione a sani della lue, e di regola è necessaria per vincere radicalmente talune manifestazioni.

Anzi tutto proprietà minuziosa della

bocca; piombatura o levigamento dei denti che irritano; proscrizione di tutte le sostanze irritanti, come il tabacco, gli alcoolici, i cibi troppo acidi, o piccanti, o salati. Tenere puliti i denti a mezzo di una spugna, di una spazzettina dolce, che vi porti China e Carbone di tiglio polv. a parti uguali. Quindi cauterizzazioni e collutorii. Per le prime il Nitrato di argento in cannelli è di azione piuttosto superficiale; più attivi sono il Bicloruro di mercurio nell'Alcool ed Aqua — 0,5: 2.00: 15,00 — e molto più il Nitrato acido di mercurio che provoca però maggior dolore. Questi caustici liquidi si adoperano ogni due tre giorni, per tocchi ristretti, portandoli sul sito a mezzo di uno stuzzicadenti o di un fiammifero di legno, che ne sieno appena bagnati, oppure di un bastoncello di canna, alla di cui estremità si fissa poca bambagia che poi si inzuppa. Dopo la cauterizzazione subito il gargarismo. Quella non deve esser ripetuta sino a tanto che è viva la reazione. Il collutorio sarà emolliente — decotto di orzo, di malva, infuso di teste di papavero — per quanto sussista il dolore, in seguito poi astringente — Clorato potassico

o Biborato sodico 1-2 p %, con Tintura di ratania o di coclearia 1-2 p % ecc.

SIFILIDI MUCOSE DELLA FARINGE DELL'ORECCHIO E DEL NASO

Gli uomini, i soggetti scrofolosi, i fumatori ammalano a queste parti con più frequenza; specialmente al velo pendulo dove iniziano e dopo lungo insistere, vanno ad esaurirsi le manifestazioni secondarie, che, non di rado, vi pullulano isolate. V'ha chi ammette una *angina sifilitica acuta*. In 12-24 ore, partendo dalle inserzioni al palato duro, estenderebbesi sino ad abbracciare i quattro pilastri palatini, un rossore vivo, al quale potrebbe seguire una essudazione sierosa tra le cellule epiteliali e nelle maglie della mucosa, sino a paralizzare il velo pendulo: le tonsille ammalerebbero analogamente. Potrebbero aversi ipersecrezione, ulcerazione dei follicoli, ascessi interstiziali e sotto-mucosi. Non abbiamo mai veduto di tali suppurazioni, spesse volte invece vedemmo benissimo lo irrigidimento della intera piega mucosa, conseguentemente a for-

me eritematiche, il quale però si costituiva sempre a rilento.

Lo eritema specifico del velo palatino coglie le due metà in modo simmetrico, con una tinta rosso-viva nettamente marginata, che si espande grado grado, pressochè a coglierlo tutto. Vi perdura alcune settimane, e suscita tutto al più, un senso di secchezza ed un lieve indolenzimento all'atto del deglutire.

Sono i disordini di regime, le medicazioni topiche esagerate, che, aggiungendosi allo eritema, possono accrescerlo, favorire lo edema acuto epiteliale e mucoso, per cui l'epitelio si gonfia, si intorbida; la uvula, i pilastri si fanno grossi dolenti, d'onde molestie al parlare e al deglutire, salivazione ecc. L'angina eritematosa dura 2-4 settimane, può recidivare: favorisce la ipertrofia delle tonsille, può condurre all'angina papulosa. Il palato molle talvolta presenta ad un tempo ambedue le forme, però più di frequente le papule le si vedono da sole. Risiedono massime sui pilastri anteriori, vicino alla loro inserzione linguale. Su questi sono molto spiccate analogamente a quelle della uvula, e si congiungono soventi ad edema

e tendono alla ipertrofia: sulle tonsille hanno una impronta meno decisa: dei pilastri posteriori, colgono la faccia anteriore più spesso che il bordo, il quale, di regola, non oltrepassano. Tutte tendono a farsi erosive ed a coprirsi sollecitamente con una pseudo-membrana difteroide o poltacea. Le tonsille, che spesso sono ipertrofiche, nodose, lobate già prima dello sviluppo di tali lesioni, mentre accordano facile incremento a queste, si alterano esse ancora più, o diventano un nido tenace di tali espressioni, che spingendosì negli anfratti, ulcerando ecc. danno all'organo fisonomie speciali. Come sulla lingua, così sul palato molle, le papule costituiscono talora degli anelli completi o meno, a superficie integra od erosa.

Le parti vicine al palato — coane, trombe di Eustacchio, laringe — possono risentire la condizione anormale di quello, che alle volte ripieno di papule e di placche non dà alcun dolore, altravolta invece suscita soffe-renze delle più vive, a seconda del grado di infiammazione che vi va unita. Quando tali faringopatie diventano subentranti e si aggravano via via che si allontanano dall'epoca della infezione, apparecchiano spesso

la sifilide faringo-nasale tubercolo-gommosa.

Certo non ci lascieremo ingannare dalla presenza di certe rilevatezze a forma di papule, che portano molti individui alla base dell'uvula; nè dà analoghe papillomatose alla sua punta; nè dallo aspetto della uvula bifida; il rossore livido che in molti soggetti si nota alla inserzione linguale dei pilastri anteriori, certe opalescenze che, nei fumatori, dalla bocca possono spingersi all'istmo, la infiammazione di follicoli tonsillari dai quali talvolta sporge un piccolo turacciolo mucoso che possiamo rimuovere con uno specillo, che possono chiudersi e dare delle cisti, tese, lucenti, grosse come un grano di canape e perfino di *mais*, sono parvenze, sono fatti che abbastanza spesso cadono sott'occhio, e che il medico suole giudicare sempre rettamente. La assenza di febbre, la mitezza dei sintomi soggettivi, la facilità a recidive, il decorso lento, lo aspetto opalino, lardaceo, ecc. non ammettono facilmente la incertezza nel giudizio.

Le faringopatie, a norma la intensità, si possono combattere localmente con gargarismi di Borace al 3 p %, o di Acido

fenico o di Permanganato di potassa al 0.25 p % o di Liquore di Labarraque al 25 p. %. Quelli di Bicloruro di mercurio anneriscono talvolta i denti, che converrebbe allora pulire, lavandoli con una soluzione di Acido cloroidrico diluito: per non avere tale inconveniente si può sciaquare tutto al più la gola con Bicloruro di Mercurio, Alcool di menta, Aqua stillata uniti nelle proporzioni di 0.05 : 2.00 : 100.00. Se convengano modificatori più energici, si ricorra al Nitrato di argento, al Nitrato acido di mercurio. Se a caso ne cadesse nello stomaco di quel primo, il cloruro sodico che vi rinviene, potrebbe essere sufficiente a neutralizzarlo; in ogni caso vuole prudenza che se ne faccia tranguggiare al momento stesso. Il nitrato mercurico in quantità eccessiva, può dare sintomi di soprassaturazione; se ne cade in laringe si può averne minaccia di soffocazione, e perfino la morte; usato pure per tocchi limitati, suscita in taluni individui dolori dei più vivi, che perdurano anche molte ore. Senonchè la sua efficacia è così sorprendente, che non possiamo a meno di trarne partito. Si prende un bastoncello di balena o di canna, se ne bagna

la punta scoperta od avvolta in una minima quantità di bambagia assorbente, che si intride e si spreme ogni volta prima di portarla in gola. Si misura la tolleranza dell' individuo. Notisi che qualche volta il dolore raggiunge il massimo di sua intensità $1/2$ — 1 ora dopo la medicazione. Subito dopo di questa, l'individuo può ingollare dei pezzetti di ghiaccio, praticare dei gargarismi emmollienti o sedativi.

L'ORGANO DELL'UDITO può essere colto nel suo padiglione da papule secche ed umide, ulcerose, ipertrofiche ecc; la tromba di Eustacchio, la cavità del timpano ammalano pure non di rado e massime per diffusione dalla faringe [1]. Si hanno rumori, diminuzione di udito, otalgia, sordità completa, rientramento della membrana e timpano, perfino la sua infiammazione e perforazione, specie nei soggetti scrofolosi ed in quelli che abbiano altra volta sofferto di *otite media*. Rare volte questa trascina in infiammazione il periostio e l'orecchio interno.

La profilassi della tromba riposa sulla

[1]) Betz, Gruber, Lancereaux credono che gli accidenti dell'orecchio medio, possano venire anche indipendentemente da fenomeni faringei.

medicazione accurata e blanda della faringe. Il catarro della tromba lo si combatterà con la doccia d'aria semplice o medicata — vapori di Etere acetico, di Cloroformio ecc. — praticata una volta al giorno, od ogni due giorni. Quando vi è sicura raccolta di marcia nella cassa si deve evacuarla attraverso la membrana del timpano. Attendere la perforazione spontanea equivale talvolta a lasciar continuare i dolori, ed esporre la membrana ad una disorganizzazione irreparabile.

La MUCOSA NASALE è colpita di solito nella porzione cartilaginea e specialmente laddove abbondano i peli. Le macchie e le papule della cute si ripiegano sulla mucosa; ciò vedesi più spesso al lato esterno della narice. Quivi le infiltrazioni possono impartire certa consistenza; quando poi si fondono, si coprono di croste, di vegetazioni, suscitano disturbi e piccole emorragie. Intorno alle vibrisse si elevano spesso delle papulo-pustole che formano delle croste, bersaglio continuo alle unghie di chi le porta e facili a riprodursi per varii mesi di seguito. Jullien ritiene possibile nel periodo secondario una *rinite cronica secca.* La parte alta del

naso poi è visitata più spesso dalle forme terziarie.

Il Nitrato d'argento, l'unguento di Precipitato bianco e la doccia nasale ecc. risanano la parte.

SIFILIDE MUCOSA DELLA LARINGE

La sifilide secondaria endo-laringea s'incontra in circa il 10 per °/₀ dei malati: nella donna è molto rara. L'azione del freddo, della umidità, del tabacco, degli alcoolici, il parlare molto a voce alta ed il canto ne sono i fautori. Le forme precoci si hanno 45-70 giorni dalla infezione; le tardive 6-10 mesi appresso. In quelle prime, che sono superficiali, l'organo resta offeso nelle sue funzioni fonetiche; nelle seconde invece anche in quelle respiratorie, inquantochè sono profonde cioè ulcerano la mucosa, la distruggono, la trasformano in tessuto cicatriziale, suscitano degli edemi, delle laringostenosi capaci d'indurre minaccie di soffocazione, ed anche di determinarla.

Le laringopatie secondarie sono lente, indolenti, manca la tosse, la espettorazione nonchè di solito le molestie nel deglutire;

la voce è molto capricciosa. Comprendono: lo eritema, le placche, le erosioni nonchè l'edema e la iperplasia della mucosa.

L'*arrossamento eritematico* è diffuso; talvolta sono piccole macchie ecchimotiche; dura 6-8 settimane, è raro che si complichi ad edema. Questo presceglie le parti fornite di cellulare più abbondante e rilasciato, cioè quello delle pieghe ari-epiglottiche e tiro-aritnoidee superiori, le aritnoidi ed i bordi della epiglottide.

È giusto ritenere sifilitiche talune elevatezze sessili, grandi quanto un pisello — *papule*, — rosse, che nel peggiore partito, alterano poco la voce e che, sotto l'uso dei mercuriali, dissipano per intero.

Nel marzo del 1884 in donna di 25 anni, infetta dalla metà dicembre u° p°, che non avea fatto mai cura generale, presente la sola poliadenia, trovammo giustificata una cotale disfonia, da una rilevatezza ampia come un centesimo, grigiastra, con areola intorno, indolente, che risiedeva nello spazio inter-aritnoideo e che in meno di un mese svanì affatto sotto il trattamento antisifilitico generale. Analoghe *placche mucose* risiedono talvolta sulle corde vocali vere e

sulla epiglottide. Noi, che dal 1876 esaminiamo la laringe dei sifilitici al più piccolo sospetto di lesione, possiamo assicurare esser quelle molto rare.

Le erosioni derivano dai fatti precedenti; trassudano sierosità e risiedono sulla faccia linguale dell'epiglottide, possono dar molestia allora che vi passano sopra i cibi. Del rimanente sono indolenti e perciò possono venire trascurate: secondo taluni esse potrebbero diventare centri di un lavoro iperplasico, che, ipertrofizzando le papille, susciterebbe delle piccole vegetazioni agminate, sessili, sulle corde vocali inferiori e, in qualche raro caso, sulla intera superficie laringea.

La *laringite iperplasica* diffusa è forma di passaggio alle lesioni terziarie. La mucosa diventa rossa e turgida a segno da restringere il canale, da causare dispnea dis- ed afonia, pericolo ricorrente di soffocazione da edema. Cotale laringite lascia, talora, dei guasti irrimediabili nella voce; può, in via di eccezione, esigere la tracheotomia.

La laringite non specifica cronica viene per lo più da raffreddamento, lascia vedere al laringoscopio una vascolarizzazione molto forte, uniforme, senza elevatezze, mai a for-

ma di roseola. Il rossore è più vivo che nella sifilide, le corde vere, sono o intatte o appena rosee. I sintomi soggettivi più gravi, solo la compromissione della voce è meno forte, e meno persistente.

Devesi proibire il canto, il parlare a voce alta, i passaggi bruschi a temperature diverse, il soggiorno in ambienti polverosi o comunque irritanti la gola, il fumare, l'uso largo degli alcoolici, il raschiarsi in gola. La cura generale basta nelle forme eritematose, la ipertrofia, le placche e le vegetazioni ostinate addimandano talvolta mezzi topici. Le inalazioni emmollienti od astringenti a caldo, sono da preferire alle nebulizzazioni di liquidi freddi e danno qualche beneficio. Però lesioni circoscritte ed alquanto più gravi, saranno combattute più efficacemente col pennello e col portagoccie. Questi possono importarvi rimedi molto validi, e localizzarne a vista la distribuzione. Il Bromuro potassico per inalazione alternate pennellature di Cloroformio e di Cloroidrato di morfina, e meglio di Cloroidrato di cocaina al 4-10 p $^0/_0$, possono, usate in precedenza, sedare la sensibilità dell'organo. I modificatori da impiegare subito dopo saranno, conforme il bisogno, il

Nitrato di argento in soluzione al 5 p %, il Nitrato mercurico al 1 p %, il Cloruro di zinco al 2 p %. Viene lodata altresì una mistura di Jodio, Joduro potassico, Glicerina ed Estratto tebaico — 1.00: 1.00: 50.00: 0.10. —

SIFILIDI MUCOSE DEGLI ORGANI GENITALI

Abbiamo veduto come sulla cute degli organi genitali si raccolgano e condensino le espressioni del secondo periodo; ebbene anche le superfici mucose non ne sono punto al riparo.

Sulla *mucosa glandare* si presentano non poche volte macchie di roseola, eritema diffuso, papule secche desquammative, papule e placche mucose.

Le forme secche avvengono quando l'organo è scoperto; il fimosi, l'abbondante secrezione, la poca nettezza, destano le altre. È in queste condizioni che l'eritema assume una tinta rosso-livida; che la placca mucosa può ulcerarsi e diventare vegetante; che il sifiloma si trasforma in placca mucosa, e che si accresce od insorge la *balano-postite sifilitica secondaria.* Questa è poco infiam-

matoria, quasi indolente, si sviluppa molto adagio, si accompagna ad uno impastamento scleroso del prepuzio anzichè a vero edema flogistico; il secreto che esce dalla camera è poco abbondante, poco o niente purulento, può coesistere col sifiloma; la gangrena vi è eccezionale.

Il *prepuzio* può avere papule con erosioni lineari al suo orificio: del resto prende viva parte alla flogosi diffusa, le ghiandole all'inguine non si modificano.

Lo isolamento, la nettezza, i fomenti di resorcina o di liquore di Van-Svvieten e le cospersioni con Ossido di zinco e Calomelano a parti uguali guariscono la parte prontamente.

Ai GENITALI FEMMINILI sono possibili tutte le varie efflorescenze. Infrequenti sull'interno ed alla parte superiore della vagina, più ancora al resto di questo canale, si notano invece spesso alla vulva. Quivi lo eritema diffuso ed a macchie sparse, le erosioni, le papule, le placche e le ulceri, si uniscono si trasformano; spesso motivano la intertrigine, la dermite, lo edema, il flemmone circoscritto, la ipertrofia, la deformazione elefantiasica, con una frequenza ed in un

grado, quale la lue non determina in alcuna altra parte.

Le efflorescenze così alle *grandi labbra* come *alle piccole* sono spesso allineate simmetricamente; al bordo delle ninfe può venirne una durezza che simuli la iniziale, però lo stato delle ghiandole ne la qualifica; sulle faccie delle ninfe le papule sono qualche volta accompagnate da rilevatezze anulari e da segmenti di anello. — Al prepuzio della clitoride, si hanno spesso eritema, erosioni, iperplasie papillari, ipertrofie dello intero apparato, che diventa triplo quadruplo in volume e di consistenza compatta. Alla forchetta, le infiltrazioni più o meno ampie danno adito a fessure. La gravidanza, i tumori addominali, la presenza di corpi stranieri nella vagina, l' abuso dei piaceri sessuali fomentano la nutrizione dei detti prodotti vulvari, i quali allo svanire di tali momenti o si riassorbono o cedono alla cura molto più facilmente.

Alla parte superiore della *vagina* si sono vedute papule appiattite, lenticolari, rotonde, erosive od opaline con areola, sparse od a gruppi; vi coesistono spesso lesioni del collo, e sono per lo più di durata molto breve.

Al *colto uterino* figurano erosioni, papule od ulceri. Le erosioni non hanno in sè caratteri specifici. Le papule lenticolari, elevate, erosive, di raro rosee, abitualmente color grigio-perla sono vere placche opaline; altravolta sono ampie, coperte di essudato difteroide, vere placche mucose. Le ulceri possono non avere niente di specifico. Tutte cotali manifestazioni uterine guariscono con estrema facilità.

L'erpete progenitale, le lesioni catarrali o traumatiche colla loro sede, aspetto, disposizione, dolore e benignità e mancanza di adenopatie; le ulceri veneree multiple di rapida formazione, dolorose, auto-inoculabili anche spontaneamente ecc; le vegetazioni papillomatose disseminate, mancanti della infiltrazione del derma, con la poca o nessuna tendenza a macerare, con la difficoltà che risiedano nelle parti superiori dell'apparato, senza che ve ne abbiano sulle inferiori e sulla cute vicina a queste ecc. solo per poco riescono a distrarre il nostro pensiero.

Le erosioni uterine catarrali, partono dall'orificio, più spesso dal suo contorno posteriore, d'onde possono allargarsi per cir-

condare tutto l'orificio. Occorre esista la cervicite, la erosione si forma, si amplia, guarisce con estrema lentezza, senza vi abbiano efflorescenze sull'utero od altrove, di altra maniera.

Le sifilidi mucose ai genitali non rivestono si può dire mai una certa gravità: tendono molto a recidivare e sono di una guaribilità delle più rimarchevoli, massime quelle collocate nella vagina e sull'utero.

La polizia, il riposo, lo isolamento delle parti bastano spesso ad allontanarle. Si possono del resto trarre in uso le cospersioni di Ossido di zinco e Calomelano a parti uguali; i lavacri con liquore di Labaraque, i fomenti colla soluzione di Bicloruro mercurico del Van-Svvieten, le cauterizzazioni col Nitrato di argento o col Nitrato acido di mercurio, o col Nitrato di zinco allo stato nascente.

SIFILIDE MUCOSA DELL' ANO

Oltre alle sifilidi cutanee peri-anali, papule e placche erosive, ipertrofiche ecc. — abbiamo quelle della mucosa anale, che sono più frequenti nella donna e non oltrepas-

sano lo sfintere esterno. Consistono in erosioni od ulceri ragadiformi, nascoste nelle pieghe raggiate dell'ano, le quali ultime diventano grosse, stante una iperplasia che può diffondersi dalla mucosa al sotto-mucoso. Il passaggio delle feci irrita, infiamma tali ragadi, che diventano perciò molto dolorose e possono provocare delle contrazioni spasmodiche dello sfintere analogamente alle ragadi semplici.

Le ragadi sifilitiche non penetrano mai profondamente nello intestino, terminano sempre per risoluzione, senza lasciar cicatrice, senza pericolo di proctostenosi; sono meno frequenti delle semplici; guariscono più facili e recidivano molto meno di queste ultime.

La sifilide anale domanda che le feci sieno tenute molli mercè alimenti e rimedii adatti, indi lavacri detersivi, polveri o fomenti come al capitolo precedente. Contro le ragadi serve bene l'iodoformio: con un sottile strato di questo si coprirà una o due volte al giorno la intera soluzione di continuo, distesa prima delicatamente; se vi siano fungosità od infiltrazioni, gioveranno dei tocchi con Nitrato mercurico.

SIFILIDE MUCOSA DELLA CONGIUNTIVA

Non è frequente. In un uomo di 65 anni, infettato nel Settembre 1882, sofferente da tre anni di abbondante lagrimazione, addì 28 febbrajo successivo, potemmo vedere assieme ad un sifiloderma diffuso di papule migliari e lenticolari commiste, rovesciando la palpebra inferiore destra, vicino al fornice, una tumefazione grande quanto una mezza avellana piccola, trasversalmente elittica, con un diametro verticale di 3 mill. ed orizzontale di 10, di color rosso languido, indolente anche alla pressione, compatta, liscia, senza vascolarizzazione attorno, impiantata sulla congiuntiva, che era rimasta mobile sulla sclera. Tale grossa *papula*, svanì per intero in breve tempo di cura antisifilitica, pari passo al sifiloderma. — Meno infrequenti sono le *placche mucose* lardacee, difteroidi, agli angoli palpebrali. Si sono veduti sulla congiuntiva dei gruppi di 3 - 4 papule aventi la cima bianca purulenta, ed anche delle ulceri secondarie.

Tali oftalmopatie sono benigne, e cagionano dolore.

La cura locale si riduce a qualche collirio, ed a qualche tocco con Nitrato di argento disciolto.

LESIONI DELLE APPENDICI CUTANEE

UNGHIE E PELI

Nelle unghie abbiamo alterazioni di due ordini: le une sembrano interessare la sola unghia — *onissi*; — le altre iniziano sulle parti molli intorno alla unghia, che ammala poi consecutivamente — *perionissi.* —

Nella onissi la pelle, che pur apparisce intatta, dà un prodotto epidermoidale viziato. L'unghia, offesa nelle sue sorgenti, và incontro nei vari casi alla fragilità e fenditura al distacco parziale, allo scollamento totale od alla caduta che si voglia dire, ed alla ipertrofia.

La *perionissi* merita appellativi diversi, cioè nei varii casi può essere: *secca* od *infiammatoria* od *ulcerosa*. La secca è costituita da uno ispessimento papuloso che, come al palmo delle mani, alle volte desquam-

ma, altre rimane liscio, calloso: è collocato in uno o più punti, al margine libero o dietro la matrice o piú spesso ai bordi laterali. Talvolta intorno alla piega periungueale si ordisce uno stato sub-infiammatorio, una specie di *patereccio sifilitico,* meno attivo, molto meno doloroso, assai più duraturo di quello comune e che cessa per riassorbimento. Ai piedi, molto più che alle mani, all'alluce anzitutto, la compressione della unghia contro i bordi, può agire sullo infiltrato, rinfocolarne la flogosi, suscitarvi proprio nella piega la erosione, la ulcerazione, le fungosità, il dolore, la secrezione siero-sanguinolenta e la fetidità — *unghia incarnata.* — Cotale *perionissi ulcerosa* come da papule, così può originare da tubercoli e da pustole; seguire nel 1º 2º 3º anno della infezione. Può circondare interamente l'unghia, staccarla dal letto; rendersi saniosa, grigiastra, con secrezione siero-purulenta, prosciolta, talora sanguinolenta. I margini della ulcera possono essere a picco, il fondo farsi vegetante gangrenoso. Non mancano casi nei quali la cute attorno si fa rossa, abbeverata, iperplasica, e la intera falangetta claviforme, con un volume tre o quattro volte più del normale. L'un-

ghia termina presto col cadere; i dolori possono diventare molto vivi; la ulcerazione non guadagna le parti profonde.

Non si deve confondere la perionissi sifilitica con la *onicchia maligna* (Vanzetti) più frequente nella età puerile, alle dita delle mani, e nella quale dopo una acuta infiammazione, derivata per lo più da grave contusione o lacerazione della unghia, o da patereccio sotto-ungueale, segue una ulcerazione che si estende tutto intorno alla matrice della unghia; ulcerazione cronica pertinacissima sovente assai dolorosa che non distrugge mai tutto lo spessore della pelle, che guarisce senza traccia di cicatrice e che permette all'unghia di star adesa alla matrice per molti mesi di fila.

La perionissi suole colpire più dita ad un tempo; talune volte recidiva.

La sua durata lunga, il dolore e la gangrena, la pertinacia delle forme ulcerose rendono qualche volta alquanto grave la prognosi.

La forma secca non reclama, di solito trattamento locale; quella infiammatoria, ritrae giovamento dalla fasciatura occlu-

siva a mezzo di tela spalmata di empiastro Vigo o di empiastro mercuriale semplice. Nel caso di ulcerazione si allontanerà la parte d'unghia che è staccata, e si impedirà, con piumacciuoli, la pressione sulla ulcera da parte dei bordi irritanti.

I lavacri fenicati praticati due volte al giorno, l'iodoformio, il nitrato di argento, il nitrato di piombo, la escisione delle vegetazioni, indi la fasciatura con l'empiastro, come si disse prima, coronano, assieme alla cura interna, l'attesa.

L'ALOPECIA, cioè la caduta dei peli del corpo, specialmente di quelli del capillizio, figura tra i sintomi più comuni del periodo secondario. È frequente del pari e negli uomini e nelle donne. Viene nei primi sei mesi della infezione. Può essere secondaria ad efflorescenze specifiche, ed anche venire senza rapporto con alcuna apparente lesione della pelle — *alopecia diatesica*, — senza magari coincidere con un rilevabile stato di anemia o di deperimento. È molto frequente rinvenirla in sifilitici, che non hanno assunto neppure un milligrammo di mercurio, sostanza che nessuno può dimostrare aver mai recato offesa ad un pelo, se prima non

abbia recato una evidentemente grave offesa alla nutrizione generale.

I peli prima di tutto diventano polverosi, secchi, perdono la loro lucentezza, si vedono mal nutriti a tale che l'individuo sembra avere la parrucca; si staccano quà e là alla più leggera trazione, quindi cadono da soli. La parte pilifera rimane rarefatta, pressochè uniformemente; oppure in mezzo al diradamento qua e là alcuni tratti li si vedono più spogli, però non sono questi mai così rotondi nè così spogli come nell'*alopecia areata.* Nessuna molestia accompagna la caduta che, in due tre settimane, può lasciare nuda affatto la superficie della testa come di qualunque altra parte pilifera e perfino di tutte — *sifilide decalvante generale.* — Il diradamento, la calvizie durano alcune settimane, poi i peli ripullulano: la sifilide non dà mai una stabile alopecia. Le misture eccitanti possono agevolare la produzione dei peli; del resto la cura generale basta da sola a rifornire le parti al grado di prima. L'alopecia raramente recidiva.

OFTALMOPATIE SECONDARIE

Durante le manifestazioni generali del secondo periodo possono ammalare quasi tutte le parti costituenti l'occhio, non esclusi i muscoli motori del bulbo. Tali oftalmopatie sono frequenti, varie di forma, colgono spesso ambedue gli occhi, tendono grave insidia alla vista che talora aboliscono. Riguardano precipuamente l'iride, il corpo cigliare, il vitreo; non è punto risparmiato il fondo.

La *irite* è la più frequente, la più pronta a venire di tutte le dette lesioni, che è raro essa non complichi. Oltre la metà delle iriti cadono in soggetti sifilitici. Come nelle forme comuni, possiamo avere: iniezione pericheratica, mutamento nel colore della iride, restringimento e deformazione pupillare, sinechie posteriori, essudazione sierosa, ipopio, ipoema, turgore dell'iride, nevralgie peri-orbitali, fotofobia, epifora o lagrimazione, nonchè turbamenti nella visione. La sifilide dà più spesso la irite *semplice* o *plastica*, può dare anche la *sierosa* e la *flemmonosa*. Una forma particolare di

iniezione pericheratica, la tinta detta rameica del piccolo cerchio dell'iride, non sono segni differenziali di serio valore; la irite specifica non ha segni patognomonici di sorta, tuttavia vi sono per il pratico talune particolarità di qualche significazione, tali sono: lo andamento sub-acuto; una cotale mitezza nel dolore, che può persino mancare; la bilateralità simultanea o più spesso successiva; la coesistenza di altre flemmasie oculari; il cogliere che fa la flogosi una parte sola dell'iride; oltrecciò è raro si arrivi alla formazione dell'ipopio; la forma è prevalentemente quella della irite plastica, che investe l'iride in tutto il suo spessore. Solo quando la irite è di origine sifilitica si vedono i cosidetti *condilomi* della iride, detti anche vegetazioni, o pustole, o tubercoli ecc., i quali sono noduli giallicci, in numero di 1-4, si sviluppano in termine del periodo secondario massime in vicinanza al bordo pupillare, di dove possono crescere sino a raggiungere la periferia della iride da una parte, la cornea dall' altra, e Colberg li dimostrò istologicamente analoghi alle gomme. Il processo può camminare subdolo, diffondersi al

corpo cigliare, motivare sinechie ecc., di conseguenza la prognosi deve essere riservata.

Bisogna curare la irite energicamente e per sè stessa e per le successioni che può risvegliare.

Quando la forma è abbastanza acuta si può consigliare la mignattazione, le iniezioni ipodermiche di morfina; quando diventasse esagerata la tensione endoculare, e per fiaccare questa, e per allontanare prodotti infiammatori dalla camera anteriore la paracentesi. Tuttavia nei casi ordinari il mercurio e l'atropina sono i due esclusivi topici da usare dal principio della flogosi, sino alla sua completa risoluzione. Si facciano adunque unzioni con unguento mercuriale forte sulla fronte, sulle tempia ed al lato colpito; una o due volte al giorno si soddisfi poi alla indicazione più pressante, quella cioè d'immobilizzare la parte ammalata e di prevenire le sinechie: si ricorre a tal uopo alle instillazioni di Solfato neutro di atropina sciolto nell'acqua al 1 °/₀, e per dilatare la pupilla e per scemare la congestione dell'iride. In caso di forti dolori, alla atropina si può aggiungere il Clo-

roidrato di cocaina. Senza parlare dei soggetti disposti agli attacchi glaucomatosi, nei quali si deve interdire l'uso dell'atropina, ve ne hanno di quelli nei quali essa produce gonfiore delle palpebre e congiuntivite catarrale: tutti questi potranno essere medicati colla Duboisina, midriatico certo non meno potente dell'atropina. Terminata la flogosi, si possono vincere le sinechie, oltrecchè con questi mezzi, anche con una soluzione di Eserina all'1 °/₀ da alternarsi colla Atropina, altrimenti si passa alla corelisi od alla iridectomia.

Il trattamento generale potrà esser fatto mediante una o due iniezioni di calomelano alle tempia, trattamento questo dotato anche di un notevole valore rivulsivo locale; o nella forma più acuta col calomelano per bocca a dose rifratta, continuato fino alla salivazione, oppure lo si farà col bicloruro o protoioduro di mercurio. Nelle forme croniche o tardive è indispensabile la somministrazione dell'Ioduro potassico alla dose di 2-6 grammi al giorno. In questi ultimi tempi si sono lodate, quali coadiuvanti, le iniezioni ipodermiche di pilocarpina.

La *flogosi del corpo cigliare* può seguire quella dell' iride ed anche precederla. La *ciclite* cosidetta *gommosa* caratterizzerebbe una infezione grave, tuttavia recente. L' iride ed il corpo cigliare sono spesso simultaneamente sede d' infiltrazione. L' inizio del morbo è insidioso, la sede che occupa può sottrarlo per qualche tempo alla nostra conoscenza. Nel progresso si manifestano dolori peri-orbitali che aumentano alla pressione sulla regione cigliare per quanto leggiera, l'occhio arrossa e si fa sensibile alla luce; a tal punto si può rilevare la *irido-ciclite*. Apparisce in seguito un sollevamento, come stafilomatoso, della parte anteriore della sclera; il rossore aumenta, l' iride si copre di false membrane, la camera anteriore si riempie di essudato; la coroide può protendere attraverso la sclera, sotto forma di piccole rilevatezze, corrispondenti al corpo cigliare sottoposto, le quali, atteso gli assottigliamenti e la usura della sclera, appariscono di un colore bluastro. Tali prominenze possono in seguito aumentare e venirne di tal guisa uno stafiloma del corpo cigliare.

La *Cheratite* sotto forma *punteggiata*

diffusa, spesso decorre da sola e rappresenta una infezione acquisita. La *cheratite parenchimatosa* denota invece una lue ereditaria. Entrambe sono suscettibili di guarigione, che si effettua lenta e di rado completa.

Il *vitreo* e in seguito a lesioni del corpo cigliare e della coroide, come anche per flogosi svoltasi primitivamente nel suo seno, può perdere della sua trasparenza in quanto si formino in esso i cosidetti *fiocchi*. Risultano di filamenti rari o numerosi, molto mobili e spostabili sotto ai movimenti del bulbo, costituenti spesso una forma di ragnatela esilissima o come un fascicolo quasi fosse di capelli attortigliati; oppure, sono membrane larghe, opache, irregolari, attaccate con una estremità al fondo e, talora, ampie a segno da simulare un distacco retinico.

Ora appunto anche le *coroiditi* pure sifilitiche, sono legate alla presenza di fiocchi nel vitreo, e propriamente sono dei fiocchi filiformi od a ragnatela oppure minuti, da ricordare un polviscolo, e che sono dei più difficili a svanire.

L'ammalato si lagna di miodesopia in-

termittente. I fiocchi e la loro mobilità possono essere rilevati col semplice oftalmoscopio, anche senza il soccorso della lente.

Le alterazioni della iride e del corpo cigliare specialmente, possono dar origine a delle opacità parziali e progressive dello *apparecchio cristallino.*

La *nevrite ottica* si associa per lo più ad altre affezioni del bulbo; può seguire ad una localizzazione sifilitica cerebrale e di solito è unilaterale. Dà sintomi di obnubilazione intermittente, affievolimento progressivo della vista, amaurosi. Da principio si vede la papilla iperemica, prominente, a contorno mal circoscritto, con espansione considerevole delle vene e pari passo assottigliamento delle arterie. Poi, a poco a poco, succede la iperplasia congiuntivale che trascina a sclerosi le fibre nervose ed il cellulare interstiziale. A questo punto la papilla si è fatta bianco-grigia, a bordi irregolari con vasi filiformi. La nevrite ottica, secondo alcuni è rappresentata da una gomma. Secondo la sede di questa, mentre spesso abbiamo la *papillite ottica,* altre volte si ha da fare con la *nevrite retro-bulbare* o colla *nevrite discendente.* Non vanno di-

menticate le possibili lesioni ossee, capaci di restringere il forame ottico.

La *coroido-retinite* quando non decorra a processo acuto può venire studiata e seguita nel suo decorso, soltanto a mezzo dell'oftalmoscopio. L'ammalato potrà dare un indirizzo alla diagnosi tutte le volte che si faccia accuratamente la ispezione del campo visivo, a mezzo del quale si riconoscono la estensione e sede dei varii scotomi. Si potrà tener conto della possibile emeralopia nei primi stadii, come pure di altri fenomeni subbiettivi, quali la micropsia, la metamorfopsia e discromatopsia, che accompagnano le differenti atrofie retiniche. Coesistono spesso cefalea ostinata, qualche sofferenza vaga all'occhio, un senso di tensione e pressione nel fondo dell'orbita, con addolorabilità e sensibilità eccessiva del globo oculare.

Quando il decorso sia acuto, i mezzi oculari, diventati meno trasparenti, rendono difficile la investigazione della retina, che apparisce edematosa, torbida in guisa, che solo le vene possono essere distinte nel loro decorso tortuoso, massime in corrispondenza del polo posteriore; la papilla

perde naturalmente la nettezza del suo contorno.

Gräefe ha descritta una *retinite sifilitica, centrale, recidivante*. Si localizza alla macula latea, dove si verifica, ad intermittenze, un intorbidamento unito a sintomi flogistici soggettivi molto vivi e ad ambliopia. Questa si svolgerebbe prontissimamente, perdurerebbe alcuni giorni, potrebbe riprodursi 10-30 e più volte, con accessi separati da settimane o da mesi, e non si risolverebbe mai per intero.

La retinite pigmentosa si presenterebbe qualche volta come segno di lue ereditaria. La deposizione pigmentaria, fenomeno sempre di secondaria importanza, comincia alla periferia e gradatamente si spinge sino al centro.

Una retinite con tutta probabilità è sifilitica quando occupa la sede della macchia gialla, quando è associata a coroidite o ad irite, quando, ad un tempo o di seguito, attacca ambedue gli occhi.

La prognosi è più grave, quanto più la lesione è centrale. La causa del morbo non è quella appetto alle altre che più dà a temere. Un organo così delicato è però

possibile si reintegri solo quando la cura sia pronta, adatta ed energica.

Gravi encefalopatie specifiche seguono spesso alle forme congeneri del fondo.

La igiene generale e locale, le iniezioni ipodermiche di calomelano alle tempia, le unzioni metodiche generose con unguento mercuriale, con, secondo Wecker, contemporanei clisteri di ioduro potassico — 3. 6.00 — formano i capisaldi della cura, la quale si deve continuare per alcuni mesi. I derivativi cutanei, i sudoriferi possono essere buoni sussidiarii. Leso il vitreo od il fondo, se la cura non è energica, si perde la partita; non si devono poi dimenticare la facilità di recidive e di successioni morbose (1).

AFFEZIONI DEL SISTEMA LOCOMOTORE

Abbiamo accennato — pag. 288 — alla possibilità di lesioni del sistema osseo-muscolare alla vigilia delle manifestazioni del secondo periodo. Ora, nel corso di questo si

(1) Questo Capitolo è stato riveduto dallo illustre mio Maestro il prof. nob. Gradenigo.

esplicano decise compromissioni ossee, articolari, tendinee e muscolari.

I dolori ossei, detti *osteocopi* — (ὀστέον, osso, e κόπτειν, rompere, — sono attualmente meno gagliardi di quegli descrittici dai medici del secolo XVI. Sono sintomi delle varie osteopatie specifiche, ostealgie, periostiti e periostosi; si risvegliano sulle ore della notte, pel calore del letto.

L'*ostealgia* decorre scompagnata da lesioni appariscenti. Risiede nelle parti superficiali dello scheletro — epicondili, epitroclea, apofisi stiloide del raggio, testa dell'ulna, condili femorali, tuberosità della tibia, malleoli, clavicola, spina della scapola e sterno —.

La *periostite* che talora si elabora sul termine della incubazione seconda, è contraddistinta da ristrettissimi sollevamenti, spesso numerosi, poco o punto dolorosi, però sempre alla pressione, a sviluppo rapido, sopra il frontale, i parietali, lo sterno, le coste, la tibia ecc. Vedemmo una periostite frontale preannunziare le manifestazioni secondarie a mezzo di dolori angosciosi. Le coste ammalano massime sulla linea ascellare, lo sterno nel terzo inferiore.

Le offese allo scheletro toracico possono rendere dolorose e brevi, le escursioni respiratorie. La periostite, pure abbandonata a sè stessa, per lo più in 4-6 settimane, si risolve.

La *periostosi* se ne distingue in quanto decorre aflegmasica e fornisce tumefazioni consistenti come l' osso. Meno frequente della periostite, ne può venire favorito lo sviluppo da irritazioni e da traumatismi. La fronte, la tibia, le coste, la sostengono più di frequente. Nella notte, e sotto la pressione, i focolai si fanno dolenti. Rimangono inalterati se non sono corretti da trattamento opportuno, che suole dissiparli prontamente. La pressione da parte di queste prominenze, se si scarica sul sistema nervoso o vascolare ecc. diviene causa di varii turbamenti anche molto gravi.

Fournier ha notate parecchie volte delle *pericondriti* costali; sarebbero, in quanto ai sintomi, analoghe alle periostiti di analoga sede.

Nelle articolazioni viene accusato molto spesso un dolore che clinicamente pretendesi essenziale — *artralgia,* — più frequente delle flussioni sub-acute con o sensa spandimento

nel cavo sinoviale — *artrite sub-acuta, idrarto.* — L'artralgia è più frequente agli articoli scapolo-omerale, ai ginocchi, ai gomiti, alle giunture del carpo ed alla tibio-tarsica. La accrescono i movimenti e la pressione; quasi di regola aumenta col riposo e sotto ai primi movimenti, per cedere presto completamente. Al cominciar del movimento si accusa un senso come se la parte fosse legata, ed indi poco a poco si sciogliesse. La *artrite* o meglio la *poliartrite sub-acuta* è rarissima. Preceduta per 6-8 giorni da dolore, punto da febbre, tenue dolore che sorge od almeno aumenta nottetempo, con nessun o solo lieve rossore della pelle, è causa di impastamento e versamento molto scarsi; mai di successioni cardiache. — Lo *idrarto* accompagna le manifestazioni secondarie ed anche le terziarie, e viene quasi solo al ginocchio; lo spandimento può abbondare, e nessuna molestia richiamarvi l'attenzione del malato. Trascurato può predisporre il terreno a maggiori guasti terziarii.

Alle guaine tendinee del dorso delle mani si è rimarcata e la idrope semplice e la flogosi vera anche intensa — *tenosite, si-*

novite tendinea. — Come tali sinoviali, parimenti si sono vedute, per effetto di sifilide, tumefare alcune borse sierose.

Nei *muscoli* la lue in questa età può cagionare: *miosalgie, contratture, affievolimento, dimagramento e tremori.* La *miosalgia* coglie un gruppo od un solo muscolo, l' uno e l'altro od in totalità o solo in parte. Le coscie, le gambe, le spalle, i flessori dell'avvambraccio, la sezione cervicale del trapezio, le masse lombari, possono col dolore vivo, che li coglie limitare e impedire taluni movimenti e turbare non meno del reumatismo muscolare comune. — La *contrattura* avviene ai flessori dell'avvambraccio e della gamba ecc.; la estensione si limita sotto ad un angolo ognora più acuto, così si può arrivare al punto che l'avvambraccio o la gamba restino immobilizzati sotto un cotal grado di flessione in anchilosi muscolare. L' arto da una, forza estrinseca, può essere raddrizzato, però in pochi minuti ritorna alla posizione di prima. Abbiamo veduto nel periodo di transizione portati alla loro massima flessione, in uno stesso soggetto, simultaneamente, un braccio ed una gamba, uno per lato; la contrat-

tura persistette una ventina di giorni, svanì in seguito all'uso del protoioduro di mercurio, completamente. — L'*affievolimento* diventa rimarchevole in primo luogo agli arti superiori. In una donna sifilitica per allattamento, la forza muscolare al braccio destro discese di oltre metà del suo grado, rimase inalterata in tutte le altre parti; in 45 giorni il braccio sotto la cura del protoioduro guadagnò la forza di prima. —

La *ipotrofia* muscolare non apparisce giustificare ogni volta detta ipostenia. — Il *tremore* muscolare non lo vedemmo che in casi di denutrizione circoscritta muscolare, oppure generale. Siede principalmente agli arti superiori; può essere esclusivo e molto più pronunciato ad un lato. Dalla trepidazione muscolare giunge ad oscillazioni comparabili a quelle dell'alcoolismo. Irregolare, intermittente, può essere dannosissimo, massime in certi mestieri e professioni.

Un complesso di sintomi di quelli accennati, combinati variamente assieme, ha potuto qualche volta simulare un vero reumatismo; la incertezza, l'errore non sono possibili, o non possono perdurare che per breve tempo.

EPIDIDIMITE ED ITTERIZIA

durante la sifilide secondaria

La epididimite sifilitica, non gommosa, è assai infrequente. Malattie preesistenti predispongono ad essa, che sorge circa al terzo mese dalla infezione. Incomincia alla testa dell' epididimo ove formasi un nodo grosso quanto un pisello, un' avellana, una piccola noce, compatto, fibroso, circoscritto, che sembra insinuato in seno a tessuto affatto illeso. In via ordinaria è indolente; il dutto deferente, la vaginale ecc. rimangono sani, il corso dello sperma rispettato.

La lesione può esacerbarsi parallelamente allo insorgere di altre lesioni specifiche; dall' uno passare all'altro epididimo. Di solito è risolutiva; permanendo, può disporre l'organo ad una deposizione terziaria.

Per non fuorviare, è bene rammentarsi che la epididinite blenorragica parte dal dutto; inizia e persiste massime alla coda, si mostra di solito come forma acuta, diffusa, spesso recidivante. Le epididimite tuberco-

lare invece coglie giovani scrofolosi, spesso ai due lati, procede più a rilento della forma sifilitica, suscita prominenze nodose, aderenze dello epididimo allo scroto, suppurazioni, seni e fistole ostinatissimi, mentre che uguali alterazioni guadagnano il condotto deferente, il didimo, le vescichette spermatiche, la prostata: talora la tubercolosi riconosce la eredità, e quella ai genitali non è la unica nel soggetto.

La epididimite sifilitica dimostra uno stato infettivo grave e domanda una cura generale.

Il fegato talora si iperemizza e dà la ITTERIZIA, che può essere accompagnata da disturbi gastrici e da febbre. Havvi senso di peso e di oppressione nella regione epatica, quasi mai dolore. La pressione lascia rilevare un mite ingrossamento dell'organo. La tinta alla pelle, insorge probabilmente per diffusione del catarro dal duodeno al coledoco; dura 15-30 giorni, precede i sifilodermi risolutivi, o gli si accompagna mascherandoli senza dare o ricevere influenza.

Talvolta coincide con questo periodo l'*atrofia parenchimatosa acuta del fegato,* che la sifilide determinerebbe quale per-

turbatrice della nutrizione generale; da parte nostra se ne descrisse già un caso.[1])

Come saggio dei guasti che la nutrizione generale può subire, ci si presenta puranche in quest' epoca la *emoglobinuria*, che il Murri vuole spesso subordinata alla lue.

Periodo Terziario

GENERALITÀ

Il periodo terziario presuppone la preesistenza dello accidente iniziale, che manca solo nelle forme ereditarie, nonchè dei sintomi del periodo secondario, che possono essere tenuissimi e passare inosservati. La lue secondaria può picchiare ad ogni punto dell'organismo; come però le sue lesioni sono per massima parte infiammatorie risolutive, così sono rilevabili quasi solo per quanto colgono la cute e le mucose accessibili: la sifilide terziaria condivide tale ubiquità, oltre a ciò essa si afferma nei tegumenti ed

(1) Giornale It. Mal. Cut. Ven. 1881.

altrove, con infiltrazioni granulomatose, con neoplasmi per sè indolenti, ma capaci di lunga vita e di gravi guasti.

Nel corso suo naturale, la sifilide terziaria coglie circa un sesto degli infetti. Li racimola tra gli scrofolosi, i malandati in salute, i vecchi, gli intemperanti ecc. A rigore, non si può affermare che sieno le forme secondarie più gravi quelle che mettono con maggior frequenza al terziarismo, nè che la cura generale fin dal principio della malattia preservi per davvero, meglio di quella aspettativa. Le offese terziarie sono relativamente più frequenti nelle donne, forse perchè o non fanno cura generale o non la fanno come si deve, colla stessa frequenza degli uomini. Non mancano forme secondarie che predispongono il terreno allo svolgersi di espressioni terziarie.

Queste si appellano *precoci* se appariscono prima del quarto anno dalla infezione; *medie* fino all'ottavo, *tardive* se in appresso, cioè 10-20-50 e più anni dal contagio. Possono essere *uniche o multiple, disseminate* oppure *confluenti* o *conglomerate*. Considerate nella loro struttura, nel loro aspetto, nella nessuna trasmissibilità per

contagio o per eredità, nella attitudine che hanno a starsene latenti od a prorompere per una serie non determinabile di anni, si sarebbe tentati a vedere in esse i caratteri di una malattia disaffine dalla lue secondaria, oppure di postumi di questa, se non l'annodassero ad essa la storia evolutiva, il criterio terapeutico, ed il mescolarsi assieme, punto infrequente, di rappresentanze dei due periodi.

Le forme terziarie sono tutte collegate, hanno cioè tutte un comune punto di partenza da *iperplasia cellulare a focolaio, oppure diffusa* nel tessuto connettivo generale, e nella impalcatura congiuntivale dei vari tessuti, — cute, muscoli, vasi, ossa, nervi ecc. — Tali elementi cellulari ora sono suscettibili di organizzazione e costituiscono una vera trama organica che via via si condensa, da cellulare si fa cellulo-fibroide indi fibrosa, e intanto si coarta a guisa del tessuto di cicatrice e comprime e spinge ad atrofia, a degenerazione e riassorbimento, gli elementi cutanei muscolari, ossei, ecc., e li rimpiazza con un tessuto connettivo nuovo compatto permanente, con una *sclerosi*: altra volta gli stessi elementi cellulari sono

incapaci di vivere e si disorganizzano, si distruggono, subiscono, almeno in parte, una sostituzione mucosa, granulo-grassosa ecc., e costituiscono così la *gomma*.

Sclerosi e gomma, ecco il bilancio anatomico della sifilide terziaria, che consta adunque di infiltrazioni talora rilevanti, suscettibili di organizzazione, esiziali in vario modo di fronte agli elementi specifici, che in vario tempo e deteriorano e distruggono. L'anemia, le nevralgie, i sequestri ossei ecc. le degenerazioni viscerali, la cachessia, ne sono conseguenze frequenti.

Si è la sifilide giunta al terzo periodo che può simulare in modo ingannevole quasi tutte le comuni malattie.

Ogni più piccolo indizio di questo periodo avverte di contingenze rimarchevoli. La reintegrazione della parte colpita è raggiungibile sino a tanto che non è profondamente offesa la nutrizione degli elementi specifici. In nessuna malattia, in nessun periodo della lue quanto nel gommoso, la cura generale, intrapresa a tempo e nel debito modo, corona di risultati tanto sorprendentemente rapidi e rilevanti.

LESIONI TERZIARIE DELLA PELLE

Sono rappresentate da infiltrati grossi quanto un pisello, un' avellana e più, consistenti, elastici, spesso rotondi, che hanno a punto di partenza il derma o l'ipoderma. I superficiali possono aggrandendosi invadere il connettivo sottocutaneo e viceversa, e non sono altrimenti che *gomme dermiche* o *tubercoli*; i secondi sono le *gomme dell'ipoderma*. Analoghe a quei primi, in certe fasi difficili ad esserne differenziate, sono pure di quest'epoca talune forme pustolari accompagnate da infiltrazione profonda e grande tendenza alla ulcerazione, *forme pustolari tarde*.

SIFILODERMA PUSTOLOSO (RUPIA)

La varietà profonda ulcerativa, diversamente dalla pustolare del periodo secondo e di quella della fase di transizione, ambedue risolutive, se non contraddistingue una speciale malignità del morbo, rappresenta per sè stessa e colle sue concomitanze ed indicazioni

terapeutiche, il terziarismo. Notisi però che, oltre la varietà ulcerativa, può da sola o con questa ultima figurarne una pure profonda, tuttavia lentamente risolutiva.

Il *sifiloderma pustoloso risolutivo* comparisce 4-5 anni dall'infezione, più spesso in coloro che non hanno mai fatto una cura generale, per lo più agli arti ed alla faccia, con pustole, specie flisacie, raggruppate, assise sopra uno infiltrato profondo ed una superficie rosso-venosa. Si rassodano poi in croste munite di areola rosso-scura, le quali sono bruno-nere, molto aderenti e che si staccano allora che l'epidermide sotto è rifatta. Segue desquammazione, colorazione pigmentale, che poi si raccoglie al contorno delle chiazze, che nel centro si deprimono, si fanno più chiare della pelle sana, e si atrofizzano. La pigmentazione marginale può durare mesi ed anni.

Il *sifiloderma pustolo-ulceroso* risiede precipuamente alla faccia, al cuoio capelluto ed alle gambe. Consta di efflorescenze in numero di 3-4 a 30-40, disseminate e confluenti, psidracie e flisacie, talfiata mescolate assieme a larghe bolle, come nella rupia, riempite queste di siero sanguinolento e

magari contornate da pustole. Il contenuto dello elemento qualunque siasi, si fa in crosta; la pelle sotto si infiltra, si fonde, ulcera e suppura in estensione progressivamente più grande. Ne sorgono croste secche, verdi, brune o nerastre, coniche, a guscio d'ostrica, scabre, risiedenti sopra una ulcera penetrante contornata da un anello pustolare, o da un alone infiammatorio rosso-bluastro — *rupia*, ῥύπος, sudiciume. — La crosta misura la estensione e forma della ulcera, ed il grado di suppurazione; comprimendovi sopra, esce ai lati della marcia. L'ulcera ampliandosi in superficie ed in profondità, può interessare anche l'intero spessore della pelle; essa è circolare, con margini a picco, fondo ineguale, poltaceo, grigio-gialliccio o nerastro, dà secrezione copiosa di siero e pus, di detriti e sangue. Le cicatrici possono effettuarsi anche sotto le croste. Sono rotonde, piane o più depresse al centro, chiare nel mezzo, pigmentate per vario tempo alla periferia.

L'edema, il flemmone, la risipola, l'emorragia, la gangrena, il fagedenismo possono rendere più grave la eruzione, come le espulsioni succedentisi, le recidive possono

portare a cachessia l'individuo. Talora il sifiloderma designa un andamento precipitoso della lue; osteo - e viscero-patie gli si consociano e ne risulta un morbo esiziale, talora una sifilide galoppante.

Non si equivocherà colle ulceri scrofolose, che sono irregolari con margini sottili, usurati, scollati, fondo pallido ed anfrattuoso, e che dànno cicatrici rilevate ed ipertrofiche; nè collo ectima cachettico, che colpisce le età estreme, i malandati, e quasi solo alle gambe, e che ha ulceri di varia forma, a margini sottili, areola violacea, ed è eruzione più infiammatoria, più molesta. La sede, il numero dei focolai, la età e professione del soggetto ecc., la presenza di flebectasie, ci guideranno se si tratti di lesioni da varici.

In tutte le forme pustolo-crostacee, più nelle pustolo-ulcerose, si allontaneranno le croste, si manteranno deterse con acqua fenicata le parti; con iodoformio, nitrato di argento si modificheranno le ulceri, che si trasformeranno sollecitamente, occluse che sieno con tela spalmata d'empiastro mercuriale. La cura interna vuole essere, ordinariamente, la iodo-mercuriale; abbiamo

constatato una pronta efficacia in tali forme, nell' uso del decotto di Zittmann.

SIFILODERMA TUBERCOLARE

Gomme dermiche od *intra*-dermiche — Sifiloderma nodulare.

È importante per la sua frequenza, per le varietà di andamento, profondità di lesioni, tendenza al fagedenismo ed a svolgersi in qualsiasi punto della cute.

I tubercoli, come le papule, constano di accumuli sub-infiammatorii di cellule linfoidi in un punto circoscritto del tegumento. La papula attacca solo la parte più superficiale del derma, e svanisce di solito senza lasciare traccia; il tubercolo invece rappresenta un focolaio rotondeggiante, che occupa tutto lo spessore del derma, cutaneo, è una piccola gomma *intra*-dermica che, o si risolva o si ulceri, turba in modo visibile e permanente la nutrizione locale.

Il *sifiloderma tubercolo-risolutivo* si affaccia nel periodo di transizione, talora me-

scolato a papule, dalle quali non ci può essere una linea di separazione netta; o viene nel periodo terziario, in questo caso può essere solo, e conta meno elementi. Senza reazione locale e generale, si costituiscono degli addensamenti nodulari, grandi dal volume di un grano di miglio, a quello d'una avellana, sentitamente prominenti o depressi, rossi o violacei, aventi decorso affatto cronico, superficie tesa liscia nelle prime fasi, molto consistenti da giovani, molli dopo settimane o mesi atteso la sostanza granulo-adiposa che si mette nel posto dello infiltrato linfoide. Svanendo, lasciano una depressione atrofica pigmentata, che il tempo rende per intero bianca. O se ne hanno 5-10, o qualche centinaio: ora sono *sparsi*, ora *conferti* a cerchio, a racemo, a stella, a contorno arcuato, reniforme, a cifra ecc. Quando sono vicini, si circondano di una infiltrazione neoplasica diffusa, che li sorregge tutti, che deforma la parte e che, per esempio, se l'eruzicue è alla faccia vi impartisce quell'aspetto turgido e tuberoso, arrossato e persino mostruoso, che è noto col nome di *sifilide ipertrofica facciale*, o *leontiasi* che si vede spesso deformare par-

zialmente la faccia, l'intero mento, un'ala del naso ecc. Alla palma delle mani e pianta dei piedi può del pari costituire una varietà della cosidetta psoriasi palmare e plantare [1]).

I tubercoli in discorso prediligono la faccia, più di tutto presso gli orifici, ed alla fronte; il collo, la regione scapolare, il resto del dorso, la regione deltoidea e la glutea. A furia di recidive ed anche di espulsioni subentranti, può il sifiloderma perdurare cinque dieci e più anni.

Il *sifiloderma tubercolo-ulceroso* è spesso precorso da sintomi secondari gravi, e viene massime in chi non ha fatto cura mercuriale. In media si fa vedere quattro anni dalla infezione, alla faccia e gambe quasi esclusivamente. I tubercoli o nodi conferti o lontani, talora con una infiltrazione che li sostiene per gruppi, si rammolliscono, si fondono, si aprono; esce un liquido giallo purulento ed un fiocco di tessuto necrosato. La distruzione può progredire. Una infiltrazione in seno a successive zone concentriche, può stabilirsi intorno al sito del tubercolo. Anche quella

[1]) Vedasi a pag. 316-317.

può ulcerare e distruggere il tessuto che la ricetta, senza che esso reagisca. In questa guisa la progrediente infiltrazione può percorrere ed apparecchiare la distruzione dello ipoderma, di muscoli, di cartilagini, del periostio, di ossa. La ulcera circolare o policiclica, a margini rosso-cupi, grossi, a picco, a fondo ineguale, secernente un pus sieroso, coperto di crosta rupioide, è suscettibile di modificazioni le più diverse. La trascuratezza, gli eccessi, l'alcoolismo, la poca resistenza del soggetto, possono suscitarvi attorno la flogosi, la resipola la gangrena, il fagedenismo terebrante oppure serpiginoso. Il terebrante investe nella sua marcia, le parti profonde, senza che alcuna vi possa assolutamente resistere: il naso, una intera guancia, una o più dita di un piede, si sono veduti distruggersi in poche settimane. Vi sono ammalati nei quali la distruzione non turba affatto la cenestesi, altre volte essa si accompagna con dolori dei più atroci. Il fagedenismo serpiginoso, distrugge in superficie, cicatrizza da un lato e cammina dall'altro, arrestandosi ora dopo pochi giorni, ora solo dopo varii mesi di decorso.

Al cospetto di una eruzione tubercolare allo stato di crudità, non possiamo in generale subito prevedere se diverrà risolutiva od ulcerosa.

Le ulceri proprie al sifiloderma pustolare, hanno bordi meno grossi, meno rilevati, e meno duri; croste più coniche, più grosse, del resto la differenziazione delle due maniere di ulceri, in quanto riguarda la loro provenienza, non è sempre facile, e clinicamente non giova punto.

La somiglianza tra il sifiloderma tubercolare ed il lupus volgare è cosifatta, che una volta si parlava di lupus ipertrofico, esulcerativo, serpiginoso ecc... di natura sifilitica o semplicemente di *lupus sifilitico*. In genere, i noduli della sifilide sono più voluminosi e consistenti di quelli del lupus; non hanno la tinta gialliccia nè la perfetta insensibilità di questi. La ulcera luposa ha margini molli, lisci, che passano gradatamente nel fondo: questo è molle, rosso, granuloso, liscio, facilmente sanguinante, poco o niente doloroso. Le ulceri del sifiloderma sono dolenti, hanno margini duri, infiltrati, tagliati a picco, talora arrovesciati verso le parti sane; il fondo è irrego-

lare, coperto di pus e di detriti, lardaceo; le croste coprenti le ulceri sono grosse, nerastre, invece sottili e gialliccie, le croste lupose.

Ogni nodo luposo, nonchè l'intero processo decorrono più lenti della sifilide. In questa subito che si stabilisce la ulcerazione, il processo distrugge in alcune settimane quanto il lupus a malappena in mesi ed anni. Oltre a ciò, nel lupus è raro che intorno alle ulceri, non sussistano o non sorgano, in alcune settimane, dei nuovi noduli che mettano in chiaro la posizione. Il lupus cade si può dire sempre in soggetti scrofolosi, incomincia nella prima età ecc.

Ai genitali esso è più diffuso è profondo e non ha, come ha la sifilide, tendenza a forme rotondeggianti; le pretese sue guarigioni col protoioduro di mercurio e coll'ioduro di potassio nel mentre ci persuadono d'un errore diagnostico, ci additano il *modus tenendi* nei casi dubbii.

La lepra non si dà in paesi che ne sieno immuni, a meno la persona non ve l'abbia portata di dove il morbo è endemico. Vi hanno in essa dei tubercoli che rassomigliano a quelli della lue, ma che sono accompagnati da

chiazze bianche anestesiche, da macchie pigmentarie brune, da sensazioni anomale ecc.; coadiuveranno altresì il reperto bacillare ed il criterio terapeutico.

I commemorativi, le traccie di patite lesioni, lo stato dei vasi, suggeriranno la possibilità di una condizione varicosa, che è più frequente alla gamba sinistra e nelle donne.

Più di una volta, secondo Bazin, si avrebbero operati alla faccia dei pretesi cancroidi, dei quali l'ioduro potassico avrebbe potuto fare giustizia (1).

Il sarcoma cutaneo è raro alla faccia; i suoi focolai numerosi, sparsi, bruno-rossi o bluastri, appiattiti hanno poca o nessuna tendenza ulcerativa ecc.

Il sifiloderma tubercolare come lesione diatesica ha una significazione delle più gravi, le complicazioni, la tendenza a ripullulare ne la peggiorano ulteriormente. In non pochi casi però viene tardi, rimane circoscritto, guarisce facilissimamente e non riapparisce più.

Per la cura del sifiloderma tubercolare, serve quanto si usa per la forma pustolo-ulcerosa.

(1) Vedi vegetazioni pag. 179

APPENDICE

SIFILODERMI MALIGNI PRECOCI

Si addimanda *sifilide maligna* quella che dopo breve incubazione dà lesioni in regioni ed in un periodo, nei quali d'ordinario non li si incontrano, quella nella quale coesistono accidenti secondarii e terziarii più o meno refrattari agli specifici, e che si accompagna ad un pericolo di vita imminente.

Non altrimenti i *sifilodermi maligni precoci* si contraddistinguono colla comparsa, anzi tempo, di una eruzione per lo più estesa e polimorfa, rapidamente ulcerativa e distruggitrice, che abbatte le forze e la nutrizione generale, che risente punto o poco l'azione degli iodo-mercuriali, e che viene seguita, qualche volta, da cachessia e da morte.

Le cattive condizioni igieniche, la miseria, la vecchiaia, gli eccessi di vario genere, l'alcoolismo, la malaria ecc. ciascheduno per conto proprio ed assieme coagenti, non si può dire che bastino a spiegare tali precocità e malignità ad un tempo. Avviene abbastanza spesso di trovarsi di fronte a casi dove detti fattori sono in parte o tutto affatto estranei all'individuo: il nostro pensiero corre allora rapidissimo ad un'altra spiegazione, che la bacteriologia avvenire potrà probabilmente vagliare. Forse cioè si tratta d'individui che forniscono, per

condizioni a noi tuttora ignote, un terreno favorevole allo sviluppo di quel qualsiasi microrganismo specifico della lue e che sostengono una infezione che si scarica rovinosa, per ragioni forze di esagerata attività funzionale, contro ai vasi sanguigni della pelle.

Le forme precoci maligne rispettano quasi sempre le mucose. Possono destare dolori, adenopatie e disordini financo spaventevoli del sistema nervoso. Le osteiti, le oftalmopatie, le lesioni viscerali, il dimagramento, la febbre, sono frequente corteggio di tali forme.

Sono composte di efflorescenze diverse, vi tengono però il primissimo posto le pustole, le bolle ed i tubercoli. Tali elementi si incalzano, si mescolano, si diffondono: infieriscono più spesso alla faccia, al capillizio, agli arti inferiori. Ulcerano con tutta rapiditá, per dare una secrezione puro-sanguinolenta, abbondante, che essica in grosse croste Oltre alle varietà *puro* e *tubercolo-ulcerosa*, va menzionata, in questo posto, la *tubercolo-gangrenosa* (Bazin) nella quale la massa stessa del tubercolo si mortifica e si stacca sotto forma di escara. Alla superficie della ulcera che ne segue, varii punti, emorragici visibilissimi c'insegnano che vi esistono delle alterazioni vascolari le quali, con tutta probabilità, erano giunte a tal punto da giustificare da sole la morte del tubercolo.

Il fagedenismo investe di raro tali manifestazioni che pur possono durare vari mesi. L'esauri-

mento, la febbre etica, le nevropatie, la pneumonite, i catarri gastro-intestinali, la cachessia, terminano spesso il corso del morbo e la vita del paziente.

La diagnosi è molto facile. Spesso colla dermatosi sussiste ancora il sifiloma, dotato magari esso pure di una cotale malignità. Hannovi forme precoci maligne che ammalano la sola pelle. Quivi esse infuriano, e combattute svaniscono senza ritorno. La quantità, sede, gravità, recidività e refrattarietà delle lesioni verso i mezzi curativi, ciascheduna varie nei differenti casi, obbligano a misurare, per ogni individuo, il grado di gravità del morbo.

Il trattamento igienico e quello analettico sono di altissima importanza; così pure l'allontanare ogni giorno con acqua all'acido fenico, all'acido borico ecc. accuratamente le croste e la secrezione dalle ulceri, che si possono coprire con iodoformio e con tela spalmata di empiastro mercuriale. Tutti i sifilografi sono unanimi nel raccomandare poi l'uso interno del ioduro potassico, che è stato qualificato « il vero specifico della malignità »; unito al bijoduro di mercurio fornisce anche dei buoni risultati. In forme precoci maligne limitate alla pelle, ne abbiamo ottenuti di pronti e completi col decotto di Zittmann.

SIFILODERMA GOMMOSO

GOMME DEL CONNETTIVO SOTTOCUTANEO

Il termine di *gomme* impiegato da principio dal popolo per designare certe eruzioni luetiche è stato introdotto nel vocabolario medico da Fracastoro — 1530, — e da Massa — 1532; — osteggiato nella prima metà di questo secolo, fu riammesso prontamente in uso. Le gomme rappresentano il periodo terziario come le papule umide il secondario, e come questo è contraddistinto collo epiteto di *infiammatorio*; il *periodo terziario* è conosciuto con quello di *gommoso* o di *neoplastico*.

Lasciando da parte i casi di sifilide ereditaria e galoppante, è raro si abbia la gomma nei due primi anni del morbo: taluna rara volta figura come primo sintoma di lue ereditaria. Come nel parenchima del fegato, delle ossa, dei testicoli, dei reni ecc. cioè nel connettivo di qualsivoglia territorio organico, può colpire il connettivo sottocuta-

neo e sottomucoso, ha anzi per esso una predilezione particolare. Più che la iperplasia cellulare diffusa — *infiltrazione gommosa diffusa* — vi si incontra quella a focolajo — *gomma.* — Si forma un tumore nodoso, senza membrana d'inviluppo, limitato alla periferia da cellulare condensato, e che passa dallo stato solido al rammollimento ed alla ulcerazione, quando una medicazione acconcia non lo faccia riassorbire. La migrazione cellulare incomincia in seno alle tonache dei vasi; vi si formano dei focolaj che rallentano ed annullano l'arrivo di materiale nutritizio nella parte loro centrale, la quale degenera nel tempo che alla periferia il tessuto si organizza e si condensa per poi in fine retrarsi. Ma prima che si giunga a questo punto, di solito più focolai vicini si toccano si fondono in un focolajo più grande. Ed ecco che nel connettivo sottocutaneo, senza alcun prodromo, si forma un tumoretto duro, ben circoscritto, non aderente al derma, nè al tessuto che ha sotto, tumoretto che, grande come un seme di miglio, può diventare quanto una ciliegia, una noce ; tanto più aflegmasico ed indolente quanto più tardivo; globuloso,

ovoide, rotondeggiante, depresso, ed appiattito quando la pelle lo ribadisce contro a parti non cedevoli; di consistenza elastica cartilaginea, e che perdura per varie settimane o mesi in questa prima fase, *fase di formazione* o *di crudità*.

Avviene quindi un rammollimento centrale e centrifugo del tumore, che per l'indole dei suoi componenti, più per lo restringersi e l'obliterarsi delle arterie, decade nella nutrizione e degenera. Al tessuto compatto succede una materia molle, mucosa o grassosa. Prima che tutto il focolajo sia così trasformato, si suscita poco a poco nel cellulare ambiente un processo sub-infiammatorio, che irradia in tutti i sensi, e principalmente verso il derma. Il tumore si fa allora aderente al tessuto sul quale riposa nonchè alla pelle che lo ricopre e che fa corpo col tumore. Questa si fa calda, violacea, si assottiglia, non rimane in fine che la pellicola epidermica, che se non interviene la cura, in uno o più punti dà adito a formazioni di fori, di crepacci, cha rapidamente ingrandiscono. Di tal fatta la gomma dal *periodo di rammollimento* attraverso alla sua *apertura* si avvia al *periodo*

di ulcerazione. Dai fori esce un liquido meno completamente prosciolto che non lo facesse credere la fluttuazione, simile a pus mal legato, sovente sanioso, con in seno detriti organici, grumi di sfacelo, grasso, ematie e leucociti: è raro che esso sia trasparente, vischioso, d'aspetto di ambra, e simile proprio ad una soluzione di gomma. Comunque, il prodotto di sostituzione del focolaio si converte presto in purulento; segue poi il distacco e rimozione della massa solida che fu paragonata per il suo aspetto, a carne di merluzzo, a parenchima di testicolo allo stato fungoso, e che, come stralcio necrotico, riempie la cavità.

La ulcera che tiene dietro alla caverna gommosa, è una ulcera cava, a bordi grossi, duri, infiltrati, talora prominenti, tagliati a picco, foggiati a gradini posti uno sopra l'altro. Il fondo rimane per lungo tempo grosso, compatto, ineguale, anfrattuoso; sotto di esso possono aversi delle altre gomme che in esso mettano foce. Gli ultimi residui necrotici e saniosi vengono poi allontanati dai bottoni carnosi, che constano di elementi istologici identici a quelli

delle gomme, e che in modo analogo possono condurre al *periodo di riparazione*. Detersa cioè la soluzione di continuo, si abbassano i margini, si solleva il fondo, la marcia si fa di qualità lodevole, si avanzano e susseguono talora con una rapidità sorprendente le zone di cicatrice.

Allato alla « gomma circoscritta », può anche nello ipoderma svilupparsi la « gomma diffusa », e chiudersi questa nella sua più ordinaria maniera, può cioè, organizzarsi e retrarsi in guisa da distruggere il tessuto frapposto e ridursi a sclerosi. Tale infiltrato diffuso è caratterizzato da una indurazione uniforme, non edematosa, mal delimitata, degli strati sottodermici, con colorazione rosso-violacea dei tegumenti, che diventano duri e rigidi. Non è affatto raro che una intera regione sia invasa da questo processo, che coincide per lo più con eruzioni pustolo-crostacee o tubercolari, e che colpisce più spesso la faccia e gli arti superiori verso le spalle.

Le gomme sono vascolarizzate nel tempo della loro evoluzione ascendente; la infiltrazione delle pareti arteriose, la proliferazione degli endotelii — *arterite sifili-*

tica, — porta presto alla coagulazione della fibrina, nel lume dei vasi, che si restringono, si occludono, ed a mezzo della distrofia, danno ansa alle sostituzioni. Di queste quella mucosa sarebbe esclusiva del sifiloderma gommoso cutaneo; la colloide le è molto affine, la granulo adiposa precorre il riassorbimento, la caseosa conferisce alla gomma una naturale consistenza ed è molto frequente.

Mauriac ritiene possibile lo sviluppo *nello ipoderma* di *neoplasie sifilitiche precoci, risolutive ed anche ulcerose*. Egli potè raccogliere 21 osservazioni nelle quali si avrebbero avuti infiltrati gommosi nel congiuntivo sotto-cutaneo da 2-15 mesi dalla infezione [1]). In una donna infetta da tre

[1]) Ecco le conclusioni del Mauriac in argomento: « 1.° Nel tessuto congiuntivo, ugualmente che in altri tessuti ed organi della economia, possono prodursi delle lesioni pressochè immediatamente dopo l' accidente primitivo, e nell' epoca la più attiva del periodo virulento. — 2.° Al cominciamento della sifllide come durante il periodo terziario, le produzioni morbose che si sviluppano nel congiuntivo sottocutaneo, sono costituite da neoplasie colla configurazione di tumore o di suffusione. — 3.° Fondandosi sul processo morboso il più abituale si possono dividere le produzioni gommose precoci sottocutanee in tre serie: la prima serie è costi-

mesi, entrata nel nostro Istituto nel giugno del 1878, senza che l'ammalata ce ne facesse cenno, senza che alcuna alterazione nè della temperatura nè della sensibilità, nè del colore vi richiamasse deliberatamente la nostra attenzione, riscontrammo, uno ispessimento profondo, esteso alla cute delle regioni scapolo-interscapolare. Detta cute la si poteva a stento sollevare in piega; era molto ed uniformemente infiltrata, molto spiccati gli

tuita da una forma di lesione neoplasica che si designa sotto il nome di *eritema nodoso sifilitico.* È caratterizzata dalla generalizzazione simultanea, e sotto forma eruttiva, di neoplasie varie, sulle differenti parti del corpo, ma principalmente alle membra inferiori e, meno sovente, alle superiori. Sovente è preceduta ed accompagnata da fenomeni febbrili e perturbazioni reumato-nevralgiformi nelle parti destinate a sede delle neoplasie acute. — In queste neoplasie, che sono pressoché così dermiche che ipodermiche, hannovi delle placche di vero eritema nodoso, dei tumori sottocutanei, delle suffusioni estese, di apparenza flemmonosa ecc. Ma la risoluzione è costantemente la regola, e la neoplasia rimane sempre solida. — 4.° In una seconda serie di casi, le placche, le nodosità, i tumori, le infiltrazioni si producono isolatamente; nessuna sinergia eruttiva presiede alla loro apparizione. Tendono naturalmente alla risoluzione, e la loro durata è in generale molto corta. Talvolta si rammolliscono e formano delle raccolte liquide sottocutanee. Ma la pelle che le ricopre resiste, ed il riassorbimento si fa senza suppurazione e senza ulcerazione. —

orifici follicolari, mancava ogni e qualsiasi molestia soggettiva. Tale addensamento non sappiamo quando fosse sorto, coesisteva con un sifiloderma papuloso diffuso, recente, molto ostínato, e col quale, per riassorbimento lento ed uniforme, passò per intero dopo 6-7 mesi di trattamento antisifilitico. Questo caso è affine a quelli del Mauriac e rappresenta uno stesso concetto patologico, che concorre ad appoggiare.

5.° Nella terza serie di casi le neoplasie di tutte le forme, (di ordinario esclusivamente ipodermiche), durante il periodo loro di crudità mettono rapidissimamente alla suppurazione . . . . ed alla ulcerazione. Vi ha una qualità che è benigna, più frequente, e che può guarire in due mesi e meno ancora collo joduro di potassio: un'altra qualità che è molto rara, maligna e che non differisre che per la sua precocità dalle gomme più cattive della fase terziaria ; dà luogo a perdite di sostanza larghe e profonde e si mostra refrattaria all'ioduro di potassio, che non può nè prevenirla nè guarirla. — 6.° L'epoca di apparizione delle neoplasie ipodermiche precoci é in media: *a*) per l'eritema nodoso sifilitico, il quarto mese dopo il cominciamento del sifiloma ; — *b*) per le neoplasie circoscritte sottocutanee, e dermiche risolutive, il quinto mese ; — *c*) per le ulcerose dell'ipoderma, il nono. Accompagnano dette lesioni precoci dello ipoderma le varie lesioni superficiali della pelle e delle mucose, che sopravvengono durante la epoca la più attiva del periodo virulento. » (MAURIAC. *Leçons sur les Malad. Vénériennes*. Paris. 1883.)

Si sono vedute gomme dello ipoderma grosse come un'uovo di struzzo. In un solo soggetto se ne sono contate perfino 160 (Lisfranc), in media sono 1-5. Possono essere discrete e confluenti, simultanee, successive. In un vecchio, un tumore gommoso alla coscia era 14 centimetri lungo, 10 largo, 6 profondo (Fournier): si parlò di una massa gommosa che copriva la metà superiore della faccia, una parte del collo e tutta la metà inferiore del cranio (Mendeville). Le gomme talora sono simmetriche. Possono cadere in infiammazione come pure in gangrena, e nel fagedenismo serpiginoso o perforante. Possono farsi dolenti anche perchè comprimano distribuzioni nervose; causare dispnea, disfagia quando premano sulla trachea o sulla faringe ecc. Sono frequenti alla faccia ed al cranio, meno alle coscie e natiche, alle braccia ed al torace; più di tutto colgono le gambe, dove le si potranno riconoscere perchè di solito bilaterali e poste al terzo superiore della parte; perchè le ulceri che suscitano sono spesso multiple, a bordi festonati o divisi da ponti di pelle affatto sana, con all'intorno dei piccoli focolai gommosi in-

dipendenti; perchè sono capaci di grandi guasti, di distruggere financo l'aponevrosi della gamba, ciò che non suole fare nessuna altra forma di ulcerazione (Verneuil e Nepven). Secondo Verneuil, parrebbe che il fondo della ulcera gommosa potesse anche ricolmarsi in guisa da dare una *rilevatezza ulcerata terziaria*.

Sul torace si sono vedute delle gomme ulcerate fagedeniche, distruggere l'intero spessore della parete, ed aprirsi nel polmone: altre che perforarono l'articolazione sterno-clavicolare e denudarono e necrosarono coste. Al seno dell'uomo, meglio a quello della donna, lente, anodine, compatte, non retraggono il capezzolo nè compromettono le ghiandole ascellari.

Lo svilupparsi di molte gomme ad un tempo, le suppurazioni, dolori, deformazioni e distruzioni delle quali sono capaci, la contingente alleanza loro con altre lesioni terziarie, denota una intossicazione profonda, suscettibile di ogni eventualità, e deve imporre molto riserbo nella prognosi.

La diagnosi anatomica delle gomme sifilitiche è facile. Non si può punto confonderle

coi fibromi che sono costituiti da un vero tessuto fibroso, poichè esse presentano dei piccoli centri di proliferazione che cadono in atrofia, massima in una degenerazione caseosa speciale. — I tubercoli, oltrechè dal tessuto connettivo, possono nascere dagli elementi epiteliali (Colberg e Rindfleisch); hanno la stessa costituzione istologica essenziale, lo stesso modo di sviluppo, nell'uno e nell'altra si forma al centro la necrobiosi caseosa; peraltro questa terminazione è, si può dire, costante nel tubercolo, che non sembra poter andar riassorbito come le gomme; queste conservano la pervietà vascolare più a lungo e preferiscono sedi, che non sono quelle predilette del tubercolo.

Quando si abbia occasione d'assistere allo svolgersi di una infiltrazione gommosa, ed al sorgere successivo di più di una di esse, massime se ci soccorrono concomitanze specifiche, od una anamnesi illuminatrice, o solo la notizia di vantaggi conseguiti altra volta cogli specifici, la diagnosi è allora delle più agevoli. In caso contrario bisogna mettere assieme e ventilare attentamente le possibili note anamne-

stiche, le particolarità cliniche, ricorrendo, ove non basti, al controllo terapeutico. L'epitelioma, il fibroma, l'adenoma, il lipoma, il sifiloma, possono simulare la gomma allo stato di crudità così come gli ascessi scrofolosi e foruncolari, i tumori sebacei, talune cisti a contenuto liquido, la gomma rammollita; le ulceri scrofolose varicose ecc., la gomma ulcerata. Quando non basta la ricerca diretta, si paragoneranno i quadri sintomatologici dei morbi affini, per vedere con quale collimi il morbo che dobbiamo determinare. Le varie fasi, il lungo decorso, la indolenza, la mancanza di adenopatie gettano sulla gomma, come sulle suffusioni gommose una luce che serve utilissimamente.

Le gomme chiuse non le si devono toccare; la cura interna basta a farle riassorbire, anche quando minacciano aprirsi. Tutto al più, se si ceda alla tentazione d'intervenire, si potranno impiegare i protettivi ed i solventi. La gomma aperta indica una distruzione di tessuto maggiore che non si abbia negli altri sifilodermi; esige maggior interesse e diligenza nella cura topica, ma del resto gli stessi mezzi.

LESIONI TERZIARIE

DELL'APPARATO DIGESTIVO

Alle LABBRA ed alle GUANCIE sono molto rari i casi di gomme.

Le GHIANDOLE SALIVARI furono rinvenute ammalate tutte quante, più spesso la parotide. Sviluppasi turgore gommoso, ispessimento dei setti inter-acinosi, ecc.

Il PALATO DURO può essere investito da gomme ulcerose, che partono dalla mucosa, o da altre, esordienti nel processo palatino del mascellare. Queste, crescano dalla superficie nasale o buccale, possono perforare la tramezza ossea, in uno o più punti. La necrosi si allarga spesso notevolmente; la perforazione può maturarsi senza dolori; si ripara di solito prontamente, e in modo completo, a mezzo di cura adatta.

Nel PALATO MOLLE i focolai terziari ingruiscono sulla faccia faringea, o nella buccale o nello spessore; in numero di 1-3, vicini alla linea mediana come quelli del

palato duro; si sviluppano insidiosamente, è raro dieno essi irradiazioni nevralgiche.

Il velo viene disteso, arrossato, bucato in uno o più punti. I fori si ampliano nel campo della infiltrazione, e ben oltre a questa, in caso di fagedenismo. La uvula viene trattenuta alle volte da attacchi che la più piccola trazione può rompere. La comunicazione dello spazio faringo-nasale col faringo-laringeo talvolta si stabilisce di un tratto, alla insaputa del soggetto. Le fughe di aria, di fluidi e di cibi solidi, sono importune sempre, gravi in alcune professioni; la educazione degli organi può attenuarle; la cura di solito occlude facilmente detti fori.

Alle TONSILLE, come nel resto delle vie mucose, si può distinguere la forma tubercolare dalla gommosa, ma in genere dove scarseggia il connettivo sottomucoso così al ghiande, al palato duro ecc., tale distinzione praticamente è impossibile. Virchow, Cornil, Mandle e Passaquay hanno vedute gomme tonsillari.

La parete posteriore della FARINGE può nel connettivo sottomucoso, ricettare una o più gomme, grosse come una fava, una noce e più. Le parti muscolari, i corpi delle

vertebre possono subire infiltrati gommosi, che interessino secondariamente la faringe. Il genere di ulcerazioni che vi albergano, dà a divedere la possibilità di lesioni più superficiali che non sieno le gomme. Le ulceri faringee non oltrepassano, di regola, lo strato aponevrotico-muscolare prevertebrale, che le lesioni ossee facilmente superano. Se intervenga il fagedenismo, si hanno talvolta distruzioni più tempestose di quelle del cancro, del noma e del *lupus-vorax*; tutti i tessuti vi sono trattati ad una uguale stregua.

Le cicatrici della parete posteriore della faringe sono scolorate come quelle palatine, però di solito sono più grandi e più spiccatamente raggiate; tirano a sè la mucosa che forma delle grinze numerose. Analogamente le cicatrici del velo pendulo possono restringere l'istmo. Quando una ulcera dalla faringe si continui alla faccia posteriore del velo palatino, può succedere il concrescimento delle due superfici. In un nostro malato, da ormai 20 anni si è verificata tale fusione, e il diaframma è così completo, che nè istrumenti nè fluidi v'incontrano alcun pertugio di transito.

La sifilide faringea dà, qualche volta, dolori spontanei, oppure nella deglutizione, rumori, e diminuzione di udito, ristagno di prodotti, alito fetente.

Per la diagnosi è da por mente che le lesioni profonde, a focolaio, del palato duro, spettano per massima parte al processo sifilitico. Il poco o nessun dolore e lo aspetto per lo più bastano alla diagnosi, che nei commemorativi e concomitanze può trovare appoggio.

Al palato molle il lupus primitivo è eccezionale; ha decorso più lento, fasi meno spiccate.

Il cancro faringeo è più raro che non la sifilide; incomincia da un solo focolaio; è capace di dare ulceri fungoso-saniose; dà spesso dolori vivissimi, raro è che manchino le adenopatie.

Tutte le accennate lesioni bucco-faringee, specifiche, salvo complicazioni e diffusione soverchia, sono facili a guarire.

I lavacri sotto forma di collutori, di gargarismi o di doccie nasali, fatti non eccessivamente e con acqua emolliente od antisettica — acido borico, acido salicilico, cloralio, — i tocchi modificatori sul bordo

delle aperture abnormi, nel caso i protettivi che intercettino il passaggio pei fori del palato duro, senza però che facciano pressione sul margine del foro sono buoni mezzi. Si ricorrerà ad otturatori stabili o ad operazioni di plastica solo quando i margini non dieno speranza di ulteriore ravvicinamento, e la infezione si possa reputare combattuta a sufficienza.

L'ESOFAGO lo si è trovato con ulceri e cicatrici da gomme una ventina di volte. Le malattie delle vertebre, del fegato ecc. possono influire sopra di esso. Rilevanti stenosi esofagee, furono vinte collo joduro potassico.

Rapporto allo STOMACO, Virchow descrisse uno stato di cronica gastrite con ispessimento e coloramento oscuro — *schieferiger* — della mucosa; Fauvel, Capozzi, Klebs, Cornil casi di ulcere gommose.

Lungo il TUBO INTESTINALE si rinvennero tumori gommosi, infiltrazioni diffuse, ulceri e sclerosi. Il *retto* ammala spesso nel suo terzo inferiore ed al contorno dell'ano. Con più frequenza, nella donna, vi si incontrano ulceri, gomme circoscritte, gomme diffuse. Le ulceri a mezzo delle cicatrici retrattili, la

infiltrazione gommosa diffusa che spesso avvolge l'ano ed il retto quando si fa sclerosa, tolgono all'ano, allo intestino, lemme lemme, la distensibilità e lo restringono ognora più. Subito sopra la proctostenosi, il canale si dilata, si infiamma, si soffermano e si immagazzinano le feci. Le ragadi, i seni, le fistole, la coprostasi, lo spasmo che accresce questa ultima, formano il grave quadro, che l'abuso di purgativi, l'enterorragia, la perforazione intestinale e la peritonite possono ultimare.

Gli antecedenti, le concomitanze, gli effetti terapeutici, possono assisterci nel farci mettere sul conto della sifilide una sindrome relativa allo esofago, stomaco ed intestino, che armonizzi col concetto anatomo-patologico di una infiltrazione infiammatoria lenta, diffusa o circoscritta. Le emorroidi, la costipazione, le coliche fecali, un dito nel retto, il quale ci avverta di uno irrigidimento e restringimento del canale a 4-5 centimetri dall'orificio e di forma cilindrica, ci faranno pensare alla sifilide, ed al tempo stesso al cancro del retto.

Senonchè, i dati generici, il fatto che il cancro non suole collocarsi tanto in alto

quanto la sifilide, il connettersi a quello, relativamente in breve tempo, degli ingrossamenti ghiandolari prevertebrali e dello edema degli arti inferiori e della cachessia, per giunta lo esame istologico ci saranno guide opportune.

La cura delle lesioni specifiche gastroenteriche deve mirare allo stato d'infezione, ed anche alla sede e grado del morbo, ed alle possibili successioni. Non è da trascurare la dilatazione a lungo praticata dello esofago e del retto ; si deve aver di mirar la funzione regolare ed innocente dello stomaco e dello intestino. La dilatazione dello esofago, deve essere fatta con prudenza; quella del retto con insistente energia. Non bastando i mezzi incruenti, non si dilazioni soverchiamente la divisione sulla linea mediana, dall'ano al coccige, di tutti i tessuti fino all'osso, ed alquanto oltre il confine superiore del restringimento, a mezzo dello *ecraseur* o del termo-cauterio. Il sollievo che ne deriva suole essere pronto, la reazione nulla.

Nel PANCREAS si è notata la presenza di gomme.

Il FEGATO ammala 2-40 anni dall'infezione; anche nel primo anno nelle forme maligne; i disordini dietetici, l'alcoolismo, la malaria vi danno la spinta. Sclerosi e gomme, spesso associate, colgono per lo più una parte dell'organo con eruzioni successive: sempre decorrendo lentamente, dalla ipertrofia, conducono alla atrofia ed alla deformazione cirrotica.

La forma diffusa o *epatite interstiziale*, comincia per lo più come *peri-epatite*. La cassula glissoniana si fa grossa, aderente ad organi vicini, massime al diaframma; vi si formano delle depressioni stellate di connettivo, che si caccia profondamente nella massa glandolare, delle depressioni del bordo e della superficie, d'onde provengono le granulazioni e divisione in lobi. In seno a questi si trovano delle piccole masse caseose e secche — gomme, — ed altre amiloidi, provenienti dai vasi ecc.

Le *gomme* epatiche, del volume di un grano di miglio di un'avellana e più, da 2-3 ad 8-10, più spesso superficiali, in un inviluppo, omogeneo, grigio, fibroso, racchiudono un nocciolo caseoso. Vi coesistono alle volte dei corpi rotondi rifrangenti, refrat-

tarii al carmino, molto colorabili colla purpurina, che Malassez ha incontrati costantemente nei focolai caseosi sifilitici, e punto in altre parti.

Il morbo si accompagna d'ordinario a dolore e ad addolorabilità dell'organo sotto alla pressione. La itterizia coglie uno sopra sei malati; l'ascite, l'edema agli arti inferiori, quasi tutti: sono frequenti le enterorragie, meno l'ematemesi, che in un paziente di Goldstein divenne mortale. Il diaframma, se trattenuto da aderenze, funziona irregolarmente. In un caso di Jastrovvitz, la VENA PORTA compressa da una gomma, racchiudeva un trombo. Il decorso della epatite sifilitica è di solito assai lungo. Assieme alle concomitanti visceropatie specifiche, può danneggiare profondamente l'organismo. La morte per lo più proviene da qualche malattia intercorrente, oppure dalla idroemia, peritonite, ascite od anassarca.

Il cancro del fegato si presenta ad età avanzata, invade simultaneamente ambedue i lobi. Il dolore è più accentuato, si hanno vomito, depressione rapida delle forze, cachessia speciale. La durata della malattia non oltrepassa i due anni.

La cirrosi alcoolica è lesione più estesa di quella della sifilide, l'ascite vi è più frequente. Coesistono sintomi digestivi e nervosi — tremori, crampi, ecc —.

Atteso lo svolgimento insidioso della sifilide epatica, non è facile che i nostri rimedii arrivino a troncarne il corso. È indicato l'ioduro potassico.

LESIONI TERZIARIE

DELLO APPARATO RESPIRATORIO

Il NASO, come nel suo rivestimento esterno, così può ammalare primitivamente, nel rivestimento mucoso e nella impalcatura osseo-cartilaginea. Sulla mucosa, specie quella che riveste le cartilagini, si formano dei nodi, della grossezza di un pisello, di una fava, separati o fusi assieme, in numero di 2-4, presto fissantisi col tessuto cartilagineo, che viene poi scavato dalla ulcerazione. Che il morbo inizii nello scheletro o nei tegumenti, può derivarne: 1° ne-

crosi del vomere atta a propagarsi ai seni dell'etmoide, all'unguis, alla apofisi montante del mascellare, alle ossa nasali ecc., d'onde mobilità delle ossa, uscita di sequestri; 2° iperostosi di vicinanza, molto frequente e sulle lamine dei cornetti, e sulle ossa proprie, con possibile uscita di sequestri eburnei; 3° depressione delle ossa proprie, che, non più sostenute dal setto, rendono deforme il naso; 4° persistenza pressochè costante della colonnetta nasale, e conseguente inalzamento del lobulo; 5° ostruzione ed infiammazione consecutiva del canale nasale, in forza della osteite ed iperostosi delle ossa che lo racchiudono. Le lesioni del pavimento del naso possono stabilire la comunicazione di questo colla bocca [1]).

Le inspirazioni, polverizzazioni, irrigazioni detersive ammollienti, anodine o modificatrici, conforme i casi, iodoforme, calomelano, resorcina, clorato potassico, l'allontanamento a debito tempo, dei sequestri

[1]) Finger assistette ad una meningite acutissima da rottura nella cavità cranica di una gomma della lamina cribrosa. — Il mascellare superiore resta talora offeso da processi ingruiti nel naso.

qualche cauterizzazione, protesi, e plastiche possono, nei varii andamenti ed esiti, spalleggiare utilissimamente la cura generale, che nelle forme più miti basta da sola.

La LARINGE è ferita dalla sifilide terziaria prima e più soventi della trachea, 5-10 anni dalla infezione e per lo più giusto nella epiglottide, nelle pieghe ari-epiglottiche, nelle corde vere e false. Vi si maturano gomme, del volume della testa di uno spillo e persino di una ciliegia, gialle, come trasparenti, capaci di dare ulcere che collo edema che accolgono allo intorno, colle distensioni di tessuti e molli e cartilaginei che trascinano seco, e più, colle deformazioni, irrigidimenti e restringimenti che occasionano quando vengono colmate dalla cicatrice, colle artropatie, colle necrosi delle cartilagini, provocano una sintomatologia che può essere molto grave ed anche esiziale.

La dispnea, la disfonia, la tosse possono toccare tutti i gradi; la espettorazione può edurre muco, pus, sangue, frammenti e detriti cartilaginei. La disfagia e l'odinfagia spuntano quando il male siede sul contorno posteriore della epiglottide, o

delle aritnoidi. La pressione sulla laringe riesce dolorosa; la tosse è raro abbia carattere d' irritativa. L' edema, il flemmone perilaringeo, oltre a quanto si è detto, aggravano qualche volta il morbo, che può terminare colla soffocazione, colla gangrena polmonale [1]).

Per la diagnosi si deve badare agli

[1]) In un caso di Thornton una, laringite ulcerosa impose la tracheotomia quattro volte, 3 in soli 19 mesi. — In certo F. Felice d'anni 42 infettato da dieci (?) anni, si stabilirono faringite e laringite ulcerosa Questa, il 31 dicembre 1880 e li 23 marzo 1881, ci tenne sempre pronti per la pratica della tracheotomia. In 6 giorni la prima volta, in 20 la seconda, di riposo e cura generale — la prima volta col protoioduro, la seconda collo ioduro potassico, — dileguò rassicurantemente ogni minaccia. Sintomi respiratori meno gravi si presentarono li 19 marzo 1882, e furono vinti in 20 giorni coll' ioduro. Addi 11 giugno 1886 ligamenti glosso-epiglottici, la mucosa della epiglottide in totalità, erano sostituiti da cicatrice, che rimpiccoliva e teneva obliqua verso destra questa ultima. Cicatrice piana occupava il ligamento ari-epiglottico il posto dell'aritnoide e pressochè tutto il canale sino alle corde false, delle quali la destra era sparita, la sinistra divisa in due metà, una anteriore l' altra posteriore. Nella forte adduzione delle corde sulla cicatrice occupante la parte superiore dello spazio mezzo-aritnoideo, vedevasi una prominenza migliare. Voce cupa. Ogni sabato fa da molti mesi a piedi 60 Kil. senza perdere mai la voce.

antecedenti e concomitanze, alla lentezza dell'andamento, ed al poco dolore. La tubercolosi laringea rarissimamente è primitiva, segue per lo più a quella degli apici; si accompagna a febbre, a tosse insistente, ad escreato abbondante, nel quale si possono frovare i bacilli della tubercolosi.

La lepra apparisce sempre sulla pelle prima che alla gola; il lupus ed il cancro possono esistere in questa ultima, essendo pur sana la cute. I tubercoli della lepra sulle mucose, sono bianchi, molli, di volume variabile, formano catena; quelli del lupus sono rosei o rossi, duri, elastici, disseminati, indolenti come quelli della lepra; quelli del cancro hanno un colore roseo, rosso o grigio, possono causare dolori. — Havvi naturale tumefazione della mucosa nella lepra, edema rosso e duro nel cancro, stato normale dei tessuti attorno ai noduli nel lupus. — Le ulceri della lepra sono molli, somigliano talvolta alle placche mucose; possono essere insensibili; quelle del lupus hanno margini duri, elevati, fondo stretto sinuoso, e cagionano poco o nessun dolore; quelle del cancro riposano per intero sul tumore che per lo più è unico,

sono sempre contornate da vegetazioni, e risvegliano dolori talora molto vivi. — La cicatrizzazione è facilissima nel lupus; difficile assai nel tubercolo; eccezionale nel cancro. — Il lupus ed il tubercolo, sono proprii dei soggetti linfatici e della età di mezzo; il cancro si attacca di più ai vecchi ed agli uomini e si accompagna, regolarmente, ad ingrossamenti di poche ghiandole contigue.

Qualche rara volta si ha avuto paralisi di uno solo degli abduttori delle corde, rimanendo sano quello dell'altro lato, e si avea voce bitonale, senza visibile compromissione endolaringea all'infuori della detta acinesi, sostenuta forse da compressioni sul ricorrente da parte di ghiandole, profonde, tumefatte. Certo tali paralisi si sono vedute cedere colla cura generale.

Riguardo alla cura si devono adottare le norme igienico-terapeutiche segnate a pag. 375. Contro l'edema sopra-glottico, si possono usare tocchi, ripetuti più volte al giorno, con acido cromico disciolto al 25 per cento (Isambert); la tracheotomia va intrapresa solo nella minaccia di imminente soffocazione. La laringostenosi finale può

essere oppugnata, mercè la divisione delle briglie, col laringotomo d'Isambert e colla dilatazione graduata.

Nella TRACHEA e nei BRONCHI si sono vedute ulceri gommose, cartilagini necrosate, ispessimenti cicatriziali della mucosa e del pericondrio, stenosi ed accorciamento notevoli, e persino la perforazione, con gravi complicazioni e perfino con esito letale.

Le alterazioni del POLMONE, eccezione fatta dei casi di sifilide maligna, sono essenzialmente terziarie tarde, attalchè accadono, per lo più, in individui che hanno varcata la quarantina. Latenti in sul principio, è credibile che la cura che venisse casualmente diretta contro le concomitanze patologiche, potrebbe fermarle e vincerle. Gouguenhaim ha vednto in un caso, svolgersi le gomme e la tubercolosi ad un tempo, quelle cedere alla cura, questa condurre alla morte. La sifilide può diminuire la resistenza di un individuo e di un polmone da renderlo inferiore all'azione del *virus* tubercolare, come non è improbabile che questo renda l'uno e l'altro più deboli di fronte alle insidie della lue. Vi possiamo intanto avere la *pneumonite interstiziale*.

Comincia a livello dei bronchi di media grandezza e si caccia fino agli alveoli. Gradatamente i vasi vengono ostruiti, i bronchi quà allargati, strozzati deformati in altri punti; gli epitelii di rivestimento degenerano in grasso.

Le *gomme* possono sorgere in qualunque parte del polmone, all'apice sono più rare che altrove. Grosse quanto un pisello, una nocciuola, persino quanto un uovo di oca, sono costituite, a periodo inoltrato, da un guscio rotondeggiante fibroso, racchiudente una massa caseosa. Le gomme, rammollite che sieno, possono aprirsi attraverso un bronco, od andare riassorbite; comunque il rivestimento loro si coarta in un nodo cicatriziale. Possono coesistere diffusioni alla PLEURA.

Le forme sclerosa e gommosa sono per lo più unite assieme.

Devono far sospettare la origine sifilitica di una lesione polmonale: 1° la localizzazione delle lesioni in qualunque punto che non sia l'apice, in un punto limitato ed in un solo polmone; 2° l'andamento molto più lento di quello della tubercolosi; 3° la persistenza di buone condizioni gene-

rali, sino ad un periodo molto avanzato; 4° i buoni effetti dei mercuriali e dell'ioduro potassico, e la guarigione rapida di lesioni che sarebbero irrimediabili se riconoscessero un'altra causa; 5° i commemorativi e le concomitanze sifilitici, l'assenza di tubercolosi negli ascendenti; 6° l'età inoltrata del soggetto; 7° l'assenza, ripetute volte constatata, dei bacilli della tubercolosi negli sputi.

La cura generale non può certo vincere lo addensamento fibroso, è vantaggiosissima se intrapresa per tempo.

LESIONI TERZIARIE

DEL SISTEMA CIRCOLATORIO E DEGLI ORGANI EMOPOIETICI

Il MIOCARDIO in 30 casi raccolti da Jullien, era malato, in 5 donne e 25 uomini; sopra 22 ben 21 soggetti erano dell'età dai 20 ai 50 anni; in 6 la infezione datava da 1 anno, in 3 da 8, in media da 10. Ben 14 volte il morbo siedeva al ventricolo sinistro, 10

al destro, 3 nell'atrio destro, 3 nel setto; in 10 soggetti ambedue i ventricoli erano colpiti. La *gomma* talvolta esisteva da sola, per lo più sclerosi e gomma erano consociate. La sclerosi, cioè l'organizzazione dello infiltrato con abolizione della fibra muscolare, vi rappresenta l'esíto ordinario della *miosite interstiziale diffusa.* Le gomme o sono nello spessore carnoso, o sporgono verso l'endo- od il peri-cardio. Solitarie o multiple, sparse oppure aggruppate, o uguaglino il volume di un pisello, o, via via di una ciliegia, di un uovo di colomba (Lhonneur), possono rammollire, aprirsi nella corrente, occasionare delle embolie (Òppolzer). L'ipertrofia cardiaca, la congestione polmonale vi possono far seguito.

Palpitazioni, dispnea, cianosi, talvolta un dolore precordiale, sono i sintomi più frequenti. La morte improvvisa chiude spesso la scena. Mayer, Morgan, Lancereaux e Profeta adducono, ciascheduno, esito di guarigione in un caso proprio di diagnosticata sifilide cardiaca, un quinto ed un sesto ne aggiunge il Cantani.

La diagnosi va fatta sui commemorativi

e concomitanze, e sulla esclusione d'intervento di altre cause di cardiopatie.

Devesi evitare tutto che importi maggior lavoro cardiaco; all'uopo avvalorare le forze del muscolo colla digitale. Intraprendasi una cura generale pronta ed energica.

L'ENDOCARDIO può ammalare per diffusione dal miocardio, ed anche per primo od inizialmente, di sclerosi, di gomme, di ulceri, ed anche di vegetazioni analoghe ai papillomi (Julia, Virchow, Gamberini, Lombroso, Scarenzio).

Il PERICARDIO subisce talora la sclerosi e la gomma; ne vengono aderenze più o meno estese tra le sue due lamine sierose (sinfisi).

I VASI SANGUIGNI sono necessariamente la parte preferita dal morbo. I CAPILLARI che ammalano nel primo e nel secondo periodo, devono, pure nel terzo, sostenere l'urto del morbo. Sopra di essi possono agire le alterazioni specifiche vicine estra - vasali; quelle delle arterie e vene che essi riuniscono — ischemia congestione; — nella cachessia sifilitica non li risparmia la sostituzione amiloide. Greenfield vide dei ca-

piilari cerebrali coinvolti in un processo gommoso, venire obliterati dalla proliferazione endoteliale; Lancereaux crede che degenerino spesso in grasso.

Le ARTERIE, oltreché risentire le lesioni specifiche e quelle comuni consecutive — compressioni deformazioni ecc. — ammalano con qualche frequenza inizialmente, nel periodo terziario, di solito dopo alcuni anni, in via di eccezione, dopo alcuni mesi di lue. Ammalano più spesso le arterie del cervello; si sono trovate lese le carotidi, le coronarie, le vertebrali, le omerali ecc. Il terziarismo vi si accusa colla lieve estensione e limitazione precisa del male, che spesso è bilaterale. Si tratta d'infiltrazioni cellulari della avventizia e della intima. Quella non è mai sana quando questa è colpita e può ammalare da sola; la tonaca media soffre per la diffusione del processo e per gli esiti di questo. Nella endo-arterite il deposito linfoide si stabilisce nello strato cellulo-fibrillare, collocato tra la tonaca media e l'endotelio. Questo viene spostato ed alterato nella nutrizione; ne conseguono una restrizione del lume del vaso e una cotale coagulabilità del sangue, che si

rappiglia talora sino al primo ramo collaterale (trombo). Le cellule annidate nelle tonache, possono organizzarsi come nelle solite forme sclerose, ed ugualmente rammollire ulcerare come le ordinarie gomme. La tonaca muscolare talora degenera e scomparisce, o viene compresa nello indurimento. Derivano da tutto ciò le stenosi, le obliterazioni, le piccole dilatazioni aneurismatiche, la espansione di circoli collaterali; le lacerazioni vasali, la trombosi, le embolie, le emorragie in soggetti spesso ancora al disotto dei quarant'anni. Lo ateroma non sembra più facile a svolgersi di quello che non sia negli immuni dal morbo. Focolai vicini alle arterie o delle arterie stesse, dove si biforcano, dove sieno numerose, può collegarne assieme parecchie in una unica massa; lunghesso le arterie può una lesione, come attraverso un ponte, continuarsi da un organo ad un altro. così dal periostio all' osso, dalle meningi al cervello. [1])

Riguardo alle VENE, Schüppel trovò la

[1]) Talune lesioni vascolari, potrebbero forse a ragione essere chiamate a spiegare taluni lividori e ipotermie e gangrene perforanti circoscritti.

vena porta trasformata, nel punto di entrata nel fegato, in un cordone fitto duro, in cui persisteva appena il lume cen rale, Hübert vide la periflebite dello stesso vaso, Greenhow una flebite diffusa, Langenbeck tumori gommosi, nella giugulare e nella femorale, Gosselin nella safena esterna.

Di solito sono le forme nervose, che con un contorno particolare comprendente prodromi ed evoluzione, colla loro moltiplicità e colleganza, con *una facies* particolare che possiedono, destano il sospetto che si tratti di lesione vascolare; la giovinezza dell'individuo, il non esistere ateromasia dei vasi esplorabili, gli antecedenti, concomitanze e sede patologici, conferiscono a quel sospetto un grado vario di probabilità, che alle volte rasenta la certezza.

La prognosi è variamente grave. La cura vuole essere mista, o iodica soltanto.

Le GHIANDOLE LINFATICHE difficilmente ingrossano per effetto di sifilide terziaria. Possono cadere in infiltrazione diffusa, che diffondasi a più ghiandole ed al connettivo attorno per formare una struma terziaria; altre volte lo infiltrato si raccoglie a focolaio gommoso che può ulcerare. Del pari

si possono avere le LINFITI sclerose e gommose, queste possono diventare e ulcerose e fagedemiche.

Le strume terziarie avvengono in adulti, per lo più ad un solo pacco di ghiandole; ulcerano più presto delle strume scrofolose, le quali non sono si può dire esposte punto al fagedenismo; sono presto corrette e guarite dallo ioduro, che giova poco o niente, checchè se ne pensi, nei casi di strume scrofolose.

Nella MILZA si incontrano le gomme circoscritte, sotto-capsulari e centrali, grosse e miliari, nonchè la splenite interstiziale diffusa (Zenker e Ria).

Nelle CAPSULE SOPRARENALI, Bäresprung, Huber, Chvostek notarono delle gomme miliari; Turner una massa lardacea centrale, composta da un voluminoso nucleo fibroso che irradiava intorno strie di analogo tessuto; i vasi erano manifestamente sifilitici. Ad un periodo più avanzato, Virchow ha veduto dette capsule in rapida degenerazione adiposa.

Nel CORPO TIROIDE, Lancereaux constatò, in varie autopsie, un'ingrossamento manifesto.

Nel CORPO PITUITARIO, Meyer, Virchow, Lancereaux rinvennero alterazioni gommose ed anche la ipertrofia.

LESIONI TERZIARIE

DEGLI ORGANI URO-GENITALI NEI DUE SESSI

Cominciando dagli organi sessuali maschili, frequente è un sifiloderma pustolo-crostaceo scompagnato da molestie e da adenopatie, atto a durare mesi ed anni per quanto non intervenga la cura Notasi talora qualche tubercolo, precipuamente al solco glandare. L'anamnesi, il decorso, l'assenza di ingrossamenti linfatici, lo distingue dal sifiloma; ed ulcerato, lo si distingue poi da una ulcera venerea anche per la nessuna auto-inoculabilità del secreto e per la incolumità delle ghiandole. Tubercoli molteplici, agminati possono indurire e quindi ulcerare per una certa estensione il ghiande, motivare un restringimento ed una fistola della uretra ghiandare. In tali

casi ci assistono i precedenti, il decorso lungo, lo scarso o nessun dolore, la tenue reazione, la forma, il colore delle alterazioni.

Nel PREPUZIO è possibile la gomma; si svolge cioè in seno al cellulare lasso un nodo che cresce, si mantiene separato dai foglietti cutaneo e mucoso; prima compatto, poi aderisce, si fa molle ed ulcera. Il durare per settimane e mesi dello indurimento, la indolenza di questo, l'essere la ulcera cavernosa, il non esservi adeniti, nè successione di manifestazioni del periodo secondario, ci impedirà di credere che si tratti di sifiloma, vale a dire di reinfezione.

Pustole, tubercoli e gomme vengono investiti dal fagedenismo più spesso del sifiloma; questo qualche volta ne rimane svisato, distrutto, prima che si sieno formate esplicite adenopatie. Allora i commemorativi remoti e prossimi, e le concomitanze possono esserci guida nel cammino non sempre abbastanza piano.

I CORPI CAVERNOSI dell'asta soffrono di indurimenti circoscritti e diffusi che turbano la erezione, e che i commemorativi e le eventuali simultaneità patologiche, con-

cedono di dire se spettino o meno a fatti blenorragici.

Sono state descritte infiltrazioni gommose della URETRA, con esito di indurimento, ulcerazione, e perforazione del canale che dava un deflusso vario.

La ORCHITE TERZIARIA verrebbe in un terzo di sifilitici, negli stadii precoce e medio, del periodo terziario. I traumi, gli eccessi venerei, le forme blenorragiche, tubercolari e cancerose vi predispongono. Ammala il didimo; l'epididimo neppure in metà dei casi, meno ancora il cordone; dopo il didimo di un lato, inferma spesso quello dell'altro. La didimíte talora è parziale, le recidive attaccano spesso le sezioni rimaste prima illese.

Come in tutti gli organi ed i visceri, vi abbiamo la forma sclerosa, la gommosa e la mista. La forma sclerosa, detta anche *albuginite sifilitica*, è una infiammnzione interstiziale, a lento decorso, con carattere produttivo, che coglie l'albuginea ed i setti che da questa si partono. Nella fase della infiltrazione cellulare, gli elementi funzionali sono compressi, deformati; in quello della retrazione del tessuto connettivo-fi-

broso che ne consegue, rimangono atrofizzati, distrutti. Anche lo epididimo può subire tale esito. I foglietti della vaginale propria, possono venire allontanati da un lieve versamento sieroso — *periorchite sifilitica* — ed anche saldarsi fra loro.

Altra volta la iperplasia del rivestimento fibroso o dei sepimenti del didimo, tocca, nella parte sua centrale, la sostituzione caseosa. Tale gomma può rammollire; la infiammazione che le si fa attorno può saldare il testicolo allo scroto, perforare, l'uno e l'altro, versare all'esterno la parte degenerata e necrosata, dare così una ulcera cava, e talora una maniera di *fungo del testicolo.*

Tranne rarissimi casi ad andamento acuto, la orchite sifilitica si continua mesi ed anni senza certa reazione locale o generale, senza dolori ed addolorabilità, pure sotto una moderata pressione. Il volume dell'organo sulle prime aumenta, poi ritorna quello che era. Non curata bene la malattia, dopo periodi di oscillazioni varie, può rendere l'organo piccolo quanto una fava, un pisello: vi furono casi nei quali essi assunsero consistenza cartilaginea e

persino ossea. La superficie, in certi casi, si rende assai nodosa, irregolare.

Al tocco l'organo è più resistente, si avvertono in certi casi sulla albuginea delle distinte piastre condroidi; delle rilevatezze pisiformi. Talune rarissime volte si sentirono gomme del CONDOTTO DEFERENTE, quando tutto il resto era sano (Zeizzl junior).

Nell'esame non si perda di vista il quadro delle offese blenorragiche e tubercolari. I sarcomi ed i carcinomi del testicolo sono per lo più unilaterali, di sviluppo più rapido, e doloroso; il carcinoma invade presto le ghiandole linfatiche profonde ed il cordone.

La cura va fatta coll'ioduro potassico per bocca ed applicazioni di unguento o di empiastro mercuriale sullo scroto. L'idrocele si tratterà colla puntura solo quando la cura generale avrà dato tutti i suoi risultati.

Rapporto ai genitali muliebri, alla VULVA si ha qualche volta la sifilide pustolo-ulcerosa, la tubercolare e la tubercolo-ulcerosa. Ciascheduna cammina a rilento, quasi inavvertita, senza prurito, senza dolore. Le ulceri terziarie, rotonde a margini

infiltrati ed a picco, non auto-inoculabili, non fanno inturgidire le ghiandole inguinali. Le forme tubercolari conducono, taluna rara volta, alla elefantiasi vulvare.

L'URETRA in un caso sarebbe stata occupata da varie gomme (Follin); in un altro vi avea una cicatrice che dal meato giungeva alla vescica (Virchow); vi sono possibili le ulcerazioni vaste e profonde.

Nella VAGINA Spillmann rinvenne una occlusione cicatriziale da sifilide.

Rarissimi sono i casi di gomme vaginali iniziali.

Fournier crede avere veduto una gomma del COLLO UTERINO. Nello atlante di Lebert, in quello di Heitzmann, figurano gomme in tale sede. L'aspetto, i commemorativi, le lesioni coesistenti, la indagine per esclusione, ci potranno concedere il gusto di veder dileguare rapidamente, col solo ioduro, siffatte alterazioni.

Bouchard e Lepine descrissero un caso nel quale, unitamente ad epatite ed encefalite gommosa c'erano le TROMBE FALLOPPIANE aumentate di volume con ciascheduna tre gomme del volume di un'avellana, molli, rossastre.

Lécorché e Lancereaux rinvennero nella OVAJA alterazioni corrispondenti a sclerosi. Lo stesso Lancereaux in una donna, con dolori osteocopi al cranio, trovò due tumori grandi quanto un uovo situati alle regioni delle ovaia, dei quali uno svanì dopo 25 giorni di cura coll'ioduro potassico. Richet notò in un'ovaja voluminosa, una massa molle, secca giallastra, caratteristica.

E nell'uomo e nella donna sono possibili nei RENI la forma sclerosa e la gommosa. Sopra 120 casi di reni amiloidi, Rosenstein ha scoperto che 34 volte prevaleva, nella etiologia, la influenza della sifilide, che non sempre diventa nel contempo causa anche di cachessia. Le tre guise di morbo possono andar unite. I sintomi sono quelli del morbo di Bright acuto o cronico. La lesione sifilitica può circoscriversi ad un rene, persino ad una parte sola di esso.

La cura a tempo, può arrestare il morbo ed anche ripristinare l'organo.

LESIONI TERZIARIE DELLE OSSA

Le ossa possono venire compromesse in seguito a diffusione di focolai tubercolari, pustolari e gommosi dei rivestimenti cutaneo e mucoso: non poche volte però ammalano esse per prime, e poi ledono, di seconda mano, i tegumenti.

Ammalano con una certa frequenza in ambedue i sessi, massime nei soggetti che nei primi periodi non fecero cura mercuriale, che è assai benefica pur nelle osteopatie avanzate. La scrofola, i traumatismi, le vulnerabilità suscitate rispetto al *virus* da altre cause, ne coadiuvano lo svolgimento, che in ispecie si effettua alle ossa del naso, alla tibia, al palato, al cranio, alla clavicola.

In anatomia patologica la periostite è puramente una osteite superficiale, e, a dar retta alla istologia, la osteite è caratterizzata da fenomeni, che si verificano nel midollo delle ossa, di guisa che ogni osteite si riduce in ultimo ad una osteo-mielite (Cornil e Ranvier). Nei riguardi clinici, a

norma la profondità del morbo, giova distinguere nelle osteopatie specifiche: osteoperiostite, osteite ed osteo-mielite.

Qualunque sia la profondità, la trama congiuntivale dell'osso può subire una *infiltrazione interstiziale diffusa*, ed una gommosa. Nella infiltrazione diffusa, si effettua la deposizione di cellule linfoidi negli spazii midollari, nei canali dell' Havers, e nel blastema sotto-periostale (di Ollier). Ne segue uno ingrandimento di detti canali e spazii midollari, inquantochè, pari passo al nuovo materiale di arrivo, va riassorbito materiale costituente la impalcatura ossea. Il tessuto di granulazione, i bottoni carnosi, possono carpire all' osso un terreno sempre più esteso, e se manchi all'osso una certa attitudine a nuova osteogenesi, attraverso alla *osteite rarefacente*, si designa la suppurazione superficiale dell' osso, accompagnata da una cotale fragilità verificabile colla compressione, ed a mezzo di uno specillo, dinanzi al quale cedono con poca resistenza le lamelle ossee — *carie*. — Secondo Poulet i bottoni carnosi, in seno alla sostanza spongiosa batterebbero l' andamento di una elica; comunque possono poi

isolare un segmento di osso dal rimanente di esso — *necrosi* —. Il sequestro pure circondato da tessuto molle e con in sè stesso delle cavità ripiene di sostanza caseosa, si distacca talvolta solo difficilmente; la profondità sua, la inclinazione dei bordi della parte di osso rimasta sana, possono renderne difficile la eliminazione spontanea e perfino impossibile.

Subito che la infiammazione diventa ancora più languida, i bottoni carnosi, sia quelli che si elevano verso il periostio, come anche quelli immersi nell'osso o sporgenti contro la dura madre, o nel canale centrale delle ossa lunghe, e là dove la infezione è da solo alcuni mesi ed egualmente, come avviene più spesso, ove lavora da varii anni, detti bottoni, nella loro totalità o solo in parte, si impregnano di nuovi elementi calcari, e costituiscono delle nuove lamelle e delle nuove masse ossee. Tale produzione ripara in vario grado le perdite sofferte, oppure è esuberante, così che od oltrepassa i limiti dell'osso, o ne determina la sua parziale o totale condensazione — *osteite produttiva.* — Queste neoproduzioni ossee possono giacere sulla su-

perficie dell'osso stesso — *periostosi* — sotto forma di *osteofiti* e di *esostosi epifisarie*; o nello spessore dell'osso — *iperostosi, osteite condensante, sclerosi, eburneazione dell'osso, esostosi parenchimatosa*, — o nel canale centrale.

Naturalmente, i canali haversiani dell'osso aggiunto, subordinati come devono essere alla direzione dei bottoni carnosi, cadono in genere perpendicolari sulla direzione di quelli dell'osso normale. L'osso nuovo da poroso che è abitualmente, può diventare compatto, eburneo; talora esso è disposto in guisa da rappresentare delle vere *esostosi anulari*. La osteite produttiva può portare a 2-3 centimetri la grossezza delle ossa del cranio. Talora giunge ad obliterare i canali dello Havers e determinare lo arresto trofico, la necrosi di un pezzo di osso. Questo agisce allora come corpo straniero, ravviva la infiammazione attorno a sè, e con ciò suscita un lavoro di ulcerazione che agevola il suo allontanamento: la necrosi in terreno colpito da osteite produttiva, dà conseguentemente i *sequestri eburnei*. La osteite produttiva può figurare anche nel canale midollare; del resto, pure

nelle amputazioni seguite da guarigione, la estremità del canale midollare si chiude, per una estensione varia, a mezzo di sostanza ossea compatta; e d'altra parte le gomme colgono pure la parte centrale delle ossa lunghe.

Focolai gommosi disseminati o conferti possono occupare ossa lunghe ed ossa larghe, e negli strati superficiali e negli strati profondi — *periostite, osteite, osteomielite gommosa,* — si associano talora a lesioni diffuse; si circondano, di regola, di una zona di osteite produttiva. Possono seguirne la carie, la necrosi, la perforazione dell'osso — per lo più le soluzioni di continuo hanno contorno policiclico, — la fragilità e perfino la frattura. Dato l'esito in carie ed in necrosi, sia nelle osteiti diffuse, come nelle circoscritte, può seguirne la infiammazione dei tessuti molli contrapposti, lo sviluppo di marcia, di scollamenti, di seni e di fistole. Specie nelle ossa craniche, avviene qualche volta la invaginazione dei sequestri per opera della iperplasia di vicinanza.

Nel terzo periodo si affacciano altresì i *dolori osteocopi,* fissi, profondi, veementi, notturni, comparabili a quelli che farebbe

suscitare l'opera di una trivella, di un martello, di una morsa, e che turbano gravemente il sonno, l'appetito, la nutrizione generale; che fanno talora, nelle loro crisi, la disperazione degli ammalati, e che la palpazione non trova di giustificare sempre con alterazioni scheletriche avvertibili, per cui è credibile che si tratti di osteopatie profonde.

Al CRANIO le osteo-periostiti esterne od interne, subacute o croniche, la carie, la necrosi, le esostosi, nove volte su dieci sono dovute a sifilide terziaria. In un'infetto da 13 anni, oltrechè una esostosi della mandibola e della clavicola destra, dovemmo combattere un tumore osseo — *osteo-periostite gommosa*, — grande quanto un uovo di gallina, che siedeva sulla bozza frontale destra e che guarì appieno in due mesi di cura generale.

Ebbimo a vedere una carie necrotica estesa a quasi tutto il parietale destro e che guarì completamente: una distruzione dei parietali al vertice, che lasciava scoperta la dura madre per la estensione di un tallero di argento. Inutilmente insistemmo, a debito tempo, per la trapanazione del cra-

nio nel caso di un farmacista, con necrosi profonda del frontale; tutto d'un tratto la marcia non trovò più la via di uscita, ed una meningite acutissima, uccideva in 24 ore il robustissimo giovane.

La perforazione del cranio avviene in certi casi per lesioni gommose, che si sviluppano di rimpetto dei due tavolati ad un tempo, e che s'incontrano nel cammino. In un paziente di Fournier, si notavano sifilidi ulcerose financo sulla dura madre.

Le perdite ampie, a tutto spessore, della teca cranica, si chiudono mediante tessuto fibroso; ne possono venire deformazioni e diminuzione di capacità. Giacomini calcolò a 150 c. c. la diminuzione della cavità di un cranio riparato in tale guisa.

I MASCELLARI, le OSSA dell'ORBITA, del NASO, del PALATO ecc. sono abbastanza spesso colpiti dal morbo. [1])

[1]) Presentemente abbiamo in Clinica una donna di 39 anni, robusta, a suo dire sempre sana (?), con una osteo-periostite gommosa simmetrica dei due zigomatici, sinovite dell'articolo ulno-radio-carpeo sinistro ed osteo-mielite della 1ª falange dell'anulare della mano destra. Tlia lesioni svilupparonsi senza dolori, nel corso di tre mesi, simultaneamente; e sono pari passo migliorate notevolmente con soli venti giorni di cura antisifilitica generale.

Le VERTEBRE hanno la loro massima vulnerabilità nella sezione cervicale: possono motivare lo ascesso faringeo, la eliminazione di sequestri per la bocca, il male di Pott, la compressione sui nervi e sul midollo cervicale.

Chiari di Praga praticò per lungo tratto di tempo la necropsia di tutti i casi di sifilide inveterata che gli capitarono tra mani. Sopra 27 cadaveri di sifilitici, trovò 9 *osteo-mieliti gommose* di ossa lunghe; taluno dei soggetti non avea presentato in vita sintomo alcuno che ne le facesse sospettare. Charpy ha riconosciuto che il peroneo di un terziario si rompeva sotto un peso di 100 Kil., mentre lo stesso osso, allo stato sano, resiste a 300 Kil.; all'analisi chimica non potè trovare che una diminuzione nella quantità del fluoruro di calcio.

Lesioni che diradano e usurano le lamelle ossee, è facile comprendere come possano essere sorgente di una fragilità speciale del rispettivo osso, e delle così dette fratture spontanee.

Le osteopatie sifilitiche in quanto compromettono i canali, le fessure formate

dall'osso, la ampiezza e la forma delle cavità che esso contermina, i rapporti dell'osso col sistema nervoso e vascolare, diventano molto spesso cause di turbe — anemie, congestioni, trombosi, embolie, ipo- ed acinesi, ipo- ed anestesie, e nevralgie — delle più varie per sintomi, consociazioni e gravità.

LESIONI TERZIARIE

DEI MUSCOLI DEI TENDINI DELLE APONEVROSI E DELLE ARTICOLAZIONI

Tutte queste sono compromissioni, nelle quali il medico non s'imbatte molto spesso, e che si addimostrano, specialmente nello stato medio del periodo terziario.

Ai MUSCOLI si ha o la *miosite interstiziale diffusa* o la *miosite gommosa.* La prima è a tendenza plastica produttiva. La fibra muscolare accerchiata, compressa dallo infiltrato, che parte dal perimisio, cede il

posto ad esso, che organizzandosi vi si insedia col suo tessuto reso fibroso. La gomma, per lo più, nasce e cresce senza suscitare dolori, inosservata; rare volte dà dei dolori anche vivi, che limitano i movimenti; può provocare contrattura del muscolo. Si può sentire una massa nodosa messa in seno al muscolo, la quale si sposta con esso. Può essere circondata da miosite diffusa; può trasformarsi in sostanza ossea, cartilaginea, fibrosa, in grasso ed in pus. Se avviene la suppurazione, la pelle si arrossa, si fa aderente, dà adito al vuotamento della marcia, cui segue una ulcera cavernosa e relativamente indolente, che rispetta le ghiandole linfatiche.

Lo sterno-cleido-mastoideo, i glutei, il bicipite crurale, i muscoli del polpaccio, il bicipite e tricipite brachiale, il trapezio, il grande pettorale, sono i più spesso colpiti; i muscoli della lingua, della laringe, il miocardio, il diaframma, l'utero si sono rinvenuti pure visitati dal morbo.

Al TENDINE di Achille, a quello del quadricipite e del psoas, e ad altri minori, si sono incontrate infiltrazioni interstiziali diffuse e, più spesso, gommose; entrambe scor-

tate da poco dolore o nessuno affatto. Anche qui si è visto compiersi la sostituzione calcare, il rammollimento, la ulcerazione e la organizzazione fibrosa. La prima e la ultima terminazione danneggiano la funzione molto meno di quando tali esiti stanno a carico della parte carnosa dei muscoli.

Le APONEVROSI, le più grosse peculiarmente, possono incorrere in uno ingrossamento, che le renda compatte, senza procurargli ineguaglianze rilevabili attraverso alla pelle, nè aderenze a questa.

Le ARTICOLAZIONI ammalano nello stadio medio e tardo del periodo neoplastico tocca per lo più al ginocchio. Il morbo ha per punto di partenza: 1° delle lesioni della sinoviale, e dei tessuti fibrosi peri-articolari; 2° delle lesioni delle ossa e del periostio. La gomma peri-sinoviale occupa il connettivo sotto-sieroso, dal quale può compromettere anche la lamina fibrosa. Può succedere che passi ad indurimento, determini retrazione, rimpicciolimento della cassula oppure una falsa anchilosi e che occasioni pur anche la formazione di artrofiti (Foussaint). Rammollite, si aprono le gomme fuori od en-

tro l'articolazione; motivano nell'ultimo caso il pio-idrarto. Le cartilagini articolari si sono vedute perdere la loro levigatezza, erodersi, ecc. Le epifisi ammalano più spesso per lue ereditaria: nell'acquisita, più che inizialmente ammalano piuttosto per diffusione del male dalla diafisi. Vi si sono verificate tutte le forme ossee superficiali e profonde — osteofiti, carie, necrosi, anchilosi ossea, — capaci di deformare e distruggere il capo articolare. Nella articolazione, gli spandimenti vanno soggetti ad aumenti e diminuzioni, rimangono però sempre scarsi: si effettuano con modica o nessuna reazione. Col tatto si avvertono, qualche volta, le placche di tessuto indurito od i nodi gommosi. Le offese alle parti molli risentono naturalmente più assai la influenza dei farmaci che non quelle delle parti ossee. Queste ultime lasciano sempre delle conseguenze invincibili.

La cura locale consiste nella immobilizzazione, nell'uso dei solventi e revulsivi; internamente si dà l'ioduro potassico.

Le BORSE SIEROSE, massime quelle intorno al ginocchio, tumefanno insidiosamente alcuni anni dopo il contagio. Ripristinano

per intero trattate debitamente col ioduro stesso.

LESIONI TERZIARIE DELLA LINGUA

Notevolmente più frequenti nell'uomo che nella donna, si verificano 5-15 anni dall'infezione. La stretta aderenza della mucosa coi tessuti entroposti, non permette di distinguere agevolmente le gomme della mucosa *(tubercoli)* da quelle del sottomucoso; se ne possono sviluppare per giunta nel connettivo interstiziale.

Lo elemento granulomatoso, o è raccolto a focolai destinati più spesso alla sostituzione granulo-adiposa ed alla ulcerazione — *glossite gommosa*, — oppure è irregolarmente diffuso nella trama connettivale o sottomucosa, oppure inter- od intramuscolare, ove ha tendenza a sacrificare la fibra muscolare, organizzandosi esso stesso in tessuto connettivo-fibroso stipato, retrattile, atto a provocare indurimento, deformazione, atrofia della parte di lingua che vi è racchiusa — *glossite sclerosa*. —

Giova riconoscere una *glossite gommosa superficiale* o dello involucro mucoso, ed una *profonda*, ossivero *muscolare*; ed egualmente una *glossite sclerosa superficiale* ed una *profonda*; questa ultima può condurre alla *cirrosi linguale* o *glossite lobulata*.

Le gomme superficiali sono date da nodi tuberculiformi della mucosa, risiedenti al dorso ed ai bordi, mai alla faccia inferiore, grossi quanto un pisello, un osso di ciliegia, una fava; in numero di 1, più spesso di 2-4 e più, aggruppati a corimbo, a ferro di cavallo ecc.; dapprima compatti, si rammolliscono più tardi e vuotano nella bocca il contenuto prosciolto e quindi, poco a poco, lo stralcio necrotico. Da ciò una ulcera cava, in seno a tessuti duri, infiltrati.

Le gomme intramuscolari giacciono verso la faccia superiore della lingua, sono più spesso laterali che mediane. Grosse come un'avellana, una noce, sono rotonde, ovoidi, appiattite; in numero per lo più di una a due, qualche volta sono parecchie e confluenti.

L'organo corrispondentemente alla sede delle gomme può acquistar uno spessore doppio e triplo. Il focolaio rammollito vuota

il suo contenuto attraverso la faccia superiore, per un forellino che uno stiletto dura talora fatica ad incontrare. Il malato può aver memoria di un certo sputo giallastro emesso, formato di un' umore con grumi e piccole traccie di sangue. La ulcera cavernosa con bordi a picco, fondo di cattivo aspetto, circondata da tessuto ispessito per via di proliferazione ed ulcerazione periferica, può ampliarsi di molto; talora rimane stazionaria per mesi ed anni. Veale tenne d'occhio, per 20 anni, una ulcera di questo genere che poi la cura mercuriale guarì in soli 28 giorni. Il fagedenismo vi è raro. Gailleton descrisse forme acute di glossite sifilitica, che aumentarono il volume dell' organo per modo da obbligare alla tracheotomia.

La glossite sclerosa superficiale si dà a conoscere a mezzo di placche indurite della mucosa, liscie, secche, non erose, ampie come una lente, un pezzo da due e da cinque centesimi, divise da solchi, che convergono verso la linea mediana, quali le nervature di una foglia. La sclerosi profonda o parenchimatosa, analoga a quella del fegato dei testicoli, ecc. riduce la lin-

gua a lobi, a solchi, esposti a irritazione da parte dei denti, dei cibi che vi si soffermano, e dei movimenti stessi dell'organo quà e là irrigidito.

Le erosioni, i crepacci, le ulceri di natura infiammatoria semplice, sono inevitabili ed aggravano il quadro anche per il dolore, che necessariamente le accompagna.

Le forme gommose e sclerose, superficiali e profonde, d'ordinario si collegano tra loro sul campo di una medesima lingua.

Sino al momento della ulcerazione possono mancare sia il dolore che il turbamento funzionale; talora il medico per primo si avvede del morbo. I fatti infiammatori, lo irrigidire e deformarsi della parte, cagionano dei dolori che, di regola, non sono molto forti, che però turbano la funzione. Si è verificato qualche rara volta lo associarsi del cancro colla glossite gommosa, ed anche colla sclerosa. Più di una volta si è giunti al punto di operare, e si hanno talora anche operate lingue gommose, ritenute cancerose e, viceversa, sono state guarite cogli iodo-mercuriali delle lesioni sifilitiche che si reputavano cancerose

Il Fournier dà lo specchio che segue:

Cancroide linguale ulcerato	Gomma ulcerata della lingua
1. Affezione della età matura. Massimo di frequenza tra i 50 ed i 70 anni;	1. Punto età di predilezione. — Si osserva il più sovente ad una età meno avanzata del cancro;
2. Cause predisponenti: eredità cancerosa;	2. Antecedenti sifilitici;
3. Antecedenti frequenti di psoriasi linguale, non sifilitica;	3. Punto antecedenti di psoriasi linguale;
4. Anamnesi: cominciamento con nodosità dura, superficiale, non con un tumore esteriore; poi ulcerazione più o meno rapida in superficie. — Punto apertura od evacuazione a guisa di ascesso e successiva caverna;	4. Anamnesi: cominciamento con un nodo duro interno, poi apertura brusca a guisa di ascesso; caverna provvisoria; subito dopo ulcerazione rapida, scoprente il fondo marcioso del tumore;
5. Può occupare la faccia inferiore dell' organo;	5. Si localizza esclusivamente sulla faccia superiore e ai bordi dell'organo; mai alla faccia inferiore;
6. Lesione sempre unica, unilaterale (salvo eccezioni estremamente rare);	6. Lesione talvolta multipla e bilaterale;

7. Lesione costituita da un tumore ulcerato in superficie;	7. Lesione costituita da una ulcerazione senza vero tumore;
8. Bordi rilevati, salienti, ineguali, irregolari, arrovesciati, frastagliati ecc.;	8. Orli infossati (*en creux*) intagliati in profondità, nettamente recisi aderenti;
9. Superficie sanguinante, o disposta a sanguinare al più lieve tocco;	9. Fondo sanioso e non sanguinante;
10. Secrezione abbondante, e, in epoca avvanzata, fetida ed icorosa;	10. Secrezione minima relativamente e non icorosa;
11. Ulcerazione dolorosa spontaneamente, lancinante. — Talora dolori d'irradiazione verso l'orecchio;	11. Ulcerazione non dolorosa spontaneamente, non lancinante;
12. Turbamenti funzionali sempre abbastanza intensi, talvolta molto intensi (immobilizzazione della lingua, parola, masticazione, deglutizione moleste, salivazione, ecc.);	12. Disturbi molto minori;
13. Lesione che termina, dopo un dato tempo, coi fenomeni generali della cachessia;	13. Lesione non producente per conto proprio, la cachessia;
14. Esame anatomico rivelante i caratteri dell'epitelioma:	14. Esame anatomico rilevante i caratteri della iperplasia gommosa degenerata;
15. Ghiandole ingrossate dopo un certo tempo;	15. Ghiandole intatte;
16. Nessuna influenza o solo dannosa dal trattamento antisifilitico.	16. Influenza benefica da parte della cura antisifilitica.

Il sifiloma linguale si distingue dalle gomme, dacchè rappresenta una lesione unica, che esulcera alla superficie, accompagnata da poliadeniti caratteristiche, e presto seguite da manifestazioni generali.

La tubercolosi della lingua presentasi nei soggetti scrofolosi; più spesso negli stadii avanzati della ulcerazione polmonale; siede di regola vicino alla punta; le ulceri sono dolorose e spesso circondate da granulazioni giallastre del volume di una testa di spillo.

La glossite terziaria curata sollecitamente e bene può cedere per intero. In caso diverso, i guasti, accresciuti dalle facili recidive, compromettono e svisano l'organo seriamente. Le forme sclerose sono le più temibili.

In quanto alla cura generale, P. Morelli consiglia di ricorrere, al più presto, alla disinfezione della bocca ed alle iniezioni sottocutanee di sublimato, per ottenere un rapido risultato nel caso di una gomma, e per perdere il meno possibile di tempo nel caso di un'epitelioma. Se si confermassero i benefici effetti delle iniezioni di ioduro potassico, sarebbe forse ad esse che spetterebbe

la preferenza. Quando il morbo abbia invaso un largo campo, e vi sia *periculum in mora*, sarebbe certo migliore consiglio, procedere subito all'amputazione della lingua, anzichè sacrificare tempo con esperimenti frustranei. In siffatta congiuntura, dice Morelli, se si tratta di gomma lo infermo guarirà colla operazione; e se invece il morbo è un'epitelioma, si eviteranno le conseguenze inerenti al provvedere troppo tardi. I caustici imprimono al cancro una evoluzione precipitosa, e, secondo Demarquay affrettano la infezione ghiandolare. I collutori ammollienti antisettici, ecc., prestano buoni servigi. In caso di minaccia di asfissia, si intraprenda lo sbrigliamento dell'organo col termocauterio e, come ultima risorsa, si intraprenda la tracheotomia.

LESIONI TERZIARIE

DEL SISTEMA NERVOSO

Nel periodo virulento il sistema nervoso suscita sintomi superficiali fugaci, legati, con tutta verosimiglianza, a soli momenti

congestivi; nel periodo gommoso spesso molteplici, irregolarmente distribuite, lo attaccano le solite alterazioni sclerose e gommose, inoltre degli accidenti infiammatorii comuni, legati a queste. Le lesioni specifiche sono più frequenti 3-10 anni dalla contaminazione; vi danno maggior contributo, a quanto sembra, le infezioni non combattute affatto, e le aggredite con troppo larga copia di mercuriali, e talune che nei primi due periodi spiegano una certa benignità. Nevrosi precedenti, una esagerata funzionalità nervosa, gli eccessi sessuali, l'alcoolismo, le emozioni morali, il freddo, i traumatismi, ne agevolano la comparsa.

Le lesioni del cranio e delle vertebre — esostosi, carie, necrosi — possono ledere la innervazione; ai fatti sclero-gommosi della sostanza nervosa e delle meningi, tengono dietro alterazioni comuni, infiammatorie ed ischemiche, che possono raggiungere una importanza maggiore delle prime.

La sifilide cerebrale riguarda primitivamente le meningi od i vasi od il parenchima stesso cerebrale.

Ognuna delle MENINGI può ammalare

direttamente ed anche isolatamente; più spesso sono compromesse tutte ad un tempo. Per lo più, le alterazioni sono circoscritte e ripetute in varii punti. Rappresentano una iperplasia cellulare ridotta ad organizzazione fibrosa, oppure a disorganizzazione gommosa. Quella è la più frequente, non manca quando sussiste questa ultima. La dura madre, se la infiammazione siede sulla faccia esterna — *pachimeningite esterna*, *endocranite* di Bruns, — può dar luogo a formazione di esostosi, di iperostosi, come anche a riassorbimento della sostanza dell'osso, che rimane corroso, perforato; se occupa la faccia interna aracnoidea, eccita alla periferia un movimento infiammatorio, suscettibile di emorragie. Le lesioni si producono più raramente sulla aracnoide, che non sulla dura e pia madre. Questa ultima, ora appena opalescente, ora resa fibrosa e quasi si direbbe aponevrotica, spinge le sue offese, lungo il tramite dei vasi, nella sostanza cerebrale, cosicchè, come aderisce talora alle meningi così talvolta si fonde tutta in una massa colla corteccia del cervello.

I NERVI CEREBRALI, ai quali le meningi

fanno guaina dal loro emergere fino alla uscita dal cranio, pel fatto dello ispessire e coartarsi delle meningi, vengono a soffrire compressione, degenerazione, atrofia. Derivano da tali fatti nevralgie e paralisi. Queste ultime s'incontrano molto spesso nelle encefalopatie sifilitiche, ne sono anzi uno dei sintomi più caratteristici.

Le infiltrazioni meningee talvolta restringono ed obliterano il lume dei VASI, massime ARTERIOSI. Siccome attraversano la pia madre delle arterie esilissime che nutrono la corteccia, ed altre meno piccole che irrorano la sostanza midollare, ne segue che, ammalate le arterie, la nutrizione, specie della sostanza grigia del cervello, può riuscire profondamente offesa. Possono le arterie che sono in immediato rapporto col cervello, subire la compressione di fatti patologici giacenti in seno a questo o nei rivestimenti meningei oppure ossei; del resto le arterie incorrono anche inizialmente in turbamenti intrinseci, cioè in una iperplasia cellulare, sotto forma di peri- ed endo-arterite, che trascina più tardi alla sclerosi oppure alla gomma. Di tal fatta potè seguire la obliterazione perfino della carotide

interna, delle arterie di Silvio e della basilare — Virchow, Hoyack, Passavant, Boning —. Una grossa gomma della tenda del cervelletto, potè obliterare tutti i SENI SBOCCANTI nel TORCOLARE DI EROFILO salvo i due occipitali (Dowse). Alcuni reperti e fatti clinici inducono a credere che le modificazioni arteriose giungano anche a produrre delle dilatazioni aneurismatiche, nonchè delle emorragie cerebrali e meningee.

La *encefalite gommosa* è più conosciuta della *encefalite diffusa*. Le gomme si annidano a preferenza nella sostanza grigia, del CERVELLO che è la più vascolarizzata: più spesso sono multiple; è raro prendano il volume di un uovo di gallina, di solito sono molto più piccole. Ne furono rinvenute in tutte le parti dello encefalo, tuttavia la faccia convessa degli emisferi, a livello della regione frontale, e la base, verso la fossa media, sono le sezioni meglio preferite.

Le lesioni della RACHIDE delle MENINGI e del MIDOLLO SPINALE considerate in sè stesse, e nella loro reciprocità e colleganza, armonizzano con quelle sin qui descritte.

I NERVI CEREBRO-SPINALI compressi dalle lesioni scheletriche o meningo-cerebro-spi-

nali reagiscono: si sono poi anche incontrati alcuni tumoretti primitivi sul motore oculare comune, sul trigemino, sull'ottico, alla coda equina, ed inoltre una trasformazione colloide e pigmentale delle cellule nervose del SIMPATICO, con iperplasia del connettivo, proliferazione e regressione adiposa dello endotelio peri-cellulare (Petrow).

Nella molteplicità straordinaria di sintomi cerebrali, non ve ne ha uno di patognomonico. Giova fermare l'attenzione su quelli che seguono:

La *cefalea* è il prodromo più frequente della sifilide cerebrale; ne è il sintoma premonitorio per eccellenza. Consiste in un dolore endocranico gravativo, o costrittivo, o di martellamento, che può divenire atroce, insopportabile; che talora suscita delirio, perfino un torpore che simula il coma. Intermittente, oppure continuo, con esacerbazioni notturne, sette volte sopra dieci siede corrispondentemente alla fronte ed alle tempia; grave, non per sè stesso, ma per le manifestazioni epilettiche, congestive, paralitiche che, con una certa frequenza, preannunzia, resiste ad ogni rimedio, che non

sieno gli specifici, i quali, usati a tempo e a modo possono debellar con esso lui, ogni successione che minacci.

Paralisi di moto e di sensibilità possono seguire incomplete o complete, in qualsivoglia parte del corpo. Raramente protopatiche, susseguono d'ordinario alla cefalèa, alla epilessia, alla afasia ecc. sifilitica. Più spesso sono parziali ed incomplete, sia che concernano i nervi cerebrali oppure gli spinali. La sifilide ha una rimarchevole predilezione per i motori dell'occhio [1]).

Colpisce più di rado il nervo ottico, l'acustico, il facciale e l'ipoglosso; molto raramente l'olfattivo ed il trigemino, si può dire mai il glosso-faringeo, il pneumogastrico e l'accessorio.

La *paralisi oculare* per eccellenza si-

[1]) La causa si è, che le localizzazioni meningo-cerebrali prendono spesso posto nei dintorni della sella turcica, e perchè tali nervi percorrono lungo tratto avvolti nelle meningi, e a contatto di pareti e fessure ossee; esposti a risentire facilmente la compressione, nella loro convergenza poi verso l'orbita costituiscono pressochè un fascio comune. Le paralisi oculari di natura sifilitica superano quelle date dalle varie altre cause sommate assieme.

filitica, cioè dotata della vera impronta della specificità, è quella del motore oculare comune [1]; il motore oculare esterno [2] ammala meno diffusamente e meno ancora il patetico [3]. Si ebbero casi di sola ptosi; di paralisi del solo retto superiore, o del solo interno, e perfino isolata, esclusiva, quella dello sfintere della iride (midriasi). Di regola però, per effetto di sifilide, sono parecchi i muscoli colpiti ad un tempo, talora ve ne sono di compromessi e nell'uno e nell' altro occhio; ora sono gli omonimi, ora gli antagonisti. Coll'acinesi oculare coesiste talfiata quella facciale. Le paralisi oculari denotano lesioni indovate nel cervello o vicine ad esso, hanno, perciò sempre una grave significazione.

Offeso il NERVO ACUSTICO, l'udito scema o cessa. Varie turbe auditive accompagnano

[1] Sintomi: ptosi, abolizione dei movimenti del globo oculare in alto, in basso ed allo interno; strabismo esterno (diplopia), midriasi e lesione dell' accomodazione.

[2] Abolizione dei movimenti bulbari allo esterno, strabismo interno (diplopia).

[3] Diplopia in altezza relativamente agli oggetti situati nella metà inferiore del campo visuale; attitudine particolare, testa inclinata in basso e lateralmente, dal lato del muscolo paralizzato.

i varii momenti circolatorii e d'infiltrazione, che si compiono in vicinanza dei centri nonchè dei nervi acustici. La perdita relativa od assoluta del potere uditivo è per lo più unilaterale.

L' *agustia* od abolizione del gusto, è ugualmente segnalata in talune osservazioni.

In quanto al NERVO OTTICO, è da notare che i turbamenti della vista sono dei più frequenti nella sifilide cerebrale. Allora che sono mono-oculari, non tardano molto a guadagnare l'altro occhio. Si può avere una ambliopia leggera, una ambliopia grave, e la cecità assoluta. Oltrechè lesioni del cervello e delle meningi e del cranio (esostosi del forame ottico ecc.), si può avere inizialmente la *nevrite ottica* e l'*atrofia papillare*. I turbamenti della vista è raro sieno isolati: uniti a cefalèa, ad epilessia ed a vomiti, denotano, pressochè sempre, un tumore cerebrale, occupante la base del cranio (Fournier). Molto frequentemente la nevro-retinite coincide con un tumor cerebrale.

Il NERVO OLFATTIVO compromesso, apparecchia, qualche volta, la diminuzione ed

anche la perdita del senso rispettivo. In un malato un tumore avea distrutto tutto il bulbo olfattivo (Kergaradec).

Il NERVO FACCIALE sostiene delle paralisi improvvise o rapide, effimere o persistenti, totali o parziali [1]), che spesso precedono l'emiplegia totale.

L'IPOGLOSSO può funzionare male per turbamenti psichici; altravolta è leso mentre sussiste l'afasia o la emiplegia. Si sono vedute paralisi complete della lingua procedenti da un *ictus* violento.

Le *monoplegie*, cioè paralisi, più spesso paresi di un arto, di una parte della faccia, si verificano frequenti; possono vivere a sè, e sono allora di poca durata, più spesso sono sintomi di una emiplegia, che si completa in seguito.

La *emiplegia* è una delle paralisi sifilitiche le più comuni. Rarissima nel periodo secondario, accade 5-10 anni dall'infezione, coglie 80 volte su 100 persone al dissotto dei 40 anni: può presentarsi come espressione iniziale e media ed ultima di sifilide cerebrale. Deriva o direttamente da localiz-

[1]) Fournier in un caso vide paralitico il solo muscolo orbicolare.

zazioni specifiche, o dalle conseguenze di queste — emiplegie indirette, — in questo caso, è più difficile ad essere vinta. Raro è che manchi di prodromi. Possono essere turbamenti congestivi, o di motilità o di sensibilità; pressochè costantemente figura tra essi la cefalèa terziaria, talora delle paralisi oculari, delle monoplegie diverse; in alcuni casi ne sono foriere crisi di emi-paresi della durata di pochi minuti, al massimo di 2-3 giorni. Di regola l'acinesi si effettua, conservandosi la conoscenza, in modo istantaneo o più spesso lento, successivo, da dare l'idea come se fossero varie monoplegie, che in alcuni giorni o settimane si sommassero assieme. La faccia qualche volta è colpita ad un lato, gli arti dall'altro — *paralisi alterna*—. Può alla emiplegia di un lato, unirsi, dopo qualche tempo, quella dell'altro — *emiplegia doppia* —.

Una emiplegia è con tutta verosimiglianza di essenza specifica: se l'individuo è giovane; se dopo la infezione vi sono stati cefalea, paralisi fugaci, od accessi epilettici; se si abbia svolto senza *ictus* apoplettico, integra la coscienza, ed in modo lento successivo; quando si tratti di una pa-

resi più che di una paralisi con conservazione della sensibilità e della eccitabilità riflessa, con associazione di paralisi oculari e di monoplegie, dallo stesso lato od anche al lato opposto. Resta poi a vedere se tutto dipende da lesioni craniche od endocraniche ecc. Vedrénes ottenne una volta, a mezzo del trapano, una guarigione completa.

La *paraplegia* può presentarsi nel periodo secondario. Alterazioni vertebrali, meningee, spinali, sanno provocarla. Contrariamente a quanto avviene nella emiplegia, nella quale la urocisti rimane intatta, può essere primo sintoma la disuria. Lo sviluppo è rapido, di solito non oltrepassa la paresi. Abbandonata a sè, può suscitare complicazioni gravi, diventare invincibile.

La *epilessia* è una delle manifestazioni più frequenti della sifilide cerebrale, la quale, come si sà, coglie massimamente lo strato corticale del cervello, dove appunto hanno sede i centri motori. Può venire nel periodo virulento; non conosciamo quali lesioni realmente allora la sostengano: per lo più è terziaria, e proviene da guasti

del cranio o del contenuto [1]). Di tutte le cause atte a rendere epilettici gli adulti, la sifilide è la più frequente. L'epilessia segue spesso ad altre nevropatie; la cefalea precede quasi sempre il suo sviluppo. Gli accessi possono essere calcati su quelli del *grande male* o del *piccolo male* della epilessia comune: possono verificarsi anche di giorno, con o senza *aura*: di solito non si ha il grido iniziale, nè l'abolizione della coscienza, ond'è che l'ammalato raccoglie nell'accesso delle percezioni dolorose, che non riesce ad afferrare nella nevrosi volgare. Talora la coscienza vigila solo durante la prima parte dell'accesso, e nella seconda rimane abolita. I fenomeni convulsivi, non sono per lo più generalizzati come nella epilessia ordinaria, ma limitati ad un membro, a metà della faccia, o del corpo; si ripetono ognora più frequenti, poi

[1]) Può venire da pressione esercitata da gomme craniche: cessa la pressione, ebbene cessano gli accessi: « Topho dein exulcerato et aperto cessavit epilepsia (Max Locher). » In un malato di Larrey, una osteite sifilitica avea messo a nudo, in certi punti la dura madre. Tale lesione, si accompagnava ad accessi epilettiformi, che si potevano riprodurre a volontà, mediante compressione graduata sulla dura madre.

si fanno subentranti. Si aggiungono complicazioni da parte della intelligenza — estasi, delirio, delirio con impulsione, diminuzione e pervertimento delle facoltà intellettuali, e della motilità — paralisi del 7°, 3° e 2° pajo, afasia, mono - od emiplegia ecc., — e la scena, che anzichè essere incominciata nella puerilità e durare da anni con non molto danno e senza certe complicazioni, è sorta nella virilità, può in pochi mesi chiudersi nel modo il più sinistro. Vi controagisce la cura iodo-mercuriale che aggrava, ordinariamente, la epilessia comune.

L'*afasia* di origine sifilitica è ammessa sia in base alla osservazione clinica che a quella anatomo-patologica. Precoce o tarda, presentasi isolata, od associata ad altri sintomi cerebrali, tra i quali, in prima linea, le paralisi di moto dell'occhio destro (Fournier). Il suo facile insorgere, è spiegato dalla superficialità del centro articolare — 3ª circonvoluzione frontale sinistra, — che giace d'altra parte vicino ai centri motori della metà destra del corpo.

Può svilupparsi d'un tratto o dopo qualche tempo di balbettamento, di errori

di pronuncia ecc. [1]) Può essere completa o no. La ideazione, la memoria della parola, la volontà di pronunciarla, la facoltà di scriverla, possono rimanere intatte, mostrandosi leso il solo centro dell'articolazione — anartria; — altra volta l'amnesia, l'agrafia, la glossoplegia, la perdita della

[1]) Mauriac narra di uno infetto da 18 mesi, in cui l'afasia fu intermittente per oltre quaranta giorni, durante ognuno dei quali si aveano accessi multipli, e dove dappoi essa si stabilì in modo definitivo.

Un nostro paziente robustissimo, aitante, sempre sano, di anni 23, subì infezione nello agosto 1885. Prese Protoioduro di mercurio gr. 1 dall'1-20 settembre, gr. 6 dal 30 ottobre al 13 marzo; Joduro potassico gr. 50 dal 21 settembre al 20 ottobre. Ebbe roseola, lievissime sifilidi intra-buccali. Da molte settimane, non avea sintomi di sorta, quando la mattina del 14 marzo, mentre disponevasi per la caccia, ebbe, per non oltre un minuto, sintomi d'afasia (anartria). Immediatamente la cenestesi ritornò ottima. Stette a caccia cinque ore, durante le quali ebbe un secondo attacco più breve del primo. Indi fino ad ora d'andare a letto mangiò e bevette col suo solito buon umore. La notte, apparentemente, fu ottima. Al mattino svegliandosi si trovò con emiplegia destra, afasia permanente, coscienza illesa, gagliarda cefalea fronto-temporale sinistra. Dietro una energica cura mista, consigliata dal Prof. De-Giovanni era migliorato grandemente, quando con sintomi di precipitosa adinamia moriva il 31 successivo. Non ci fu possibile parlare di sezione.

attitudine a leggere possono complicarla, ugualmente la epilessia e l'emiplegia destra. L'afasia isolata, meglio se intermittente, può dar tempo ai rimedi d'intervenire con maggiore probabilità di riuscita.

Fenomeni di anemia, di congestione, apoplettiformi, e perfino il *coma* s'incontrano nei sifilopatici. Le alterazioni nella tessitura dei vasi, e quelle che indirettamente essi subiscono, si traducono con segni di anemia, più spesso di congestione. Questi rappresentano fenomeni passeggeri, fugaci — stordimento e *vertigini,* turbamento dei sensi specifici, e della motilità, quali balbuzie, perdita di equilibrio, nonchè della intelligenza sotto forma di *assenze,* — o tali che, a furia di ripetersi, sono da interpretare siccome effetto di uno stato congestizio permanente. I sintomi della congestione precedono, qualche volta, i convulsivi e paralitici prima descritti. Possono altresì spingere ad *accessi di risoluzione improvvisa delle forze muscolari,* determinante la perdita di equilibrio, la caduta, ed essere accompagnati da sensazioni di stordimento, di obnubilazione passeggera con o senza perdita della coscienza, con

ciò si ha l'*ictus apoplettiforme*, che può risolversi ed anche annunziare invasioni paralitiche.

Precorso da sintomi congestivi, o da segni di nessuna importanza od apoplettiformi, comparisce talora improvvisamente il *coma* profondo, atto ad ispirare il più vivo allarme e trascinare anche alla morte. Tre sezioni di individui, morti col quadro della maggiore analogia con l'apoplessia volgare, avevano lesioni gommose delle più rassicuranti; così riferisce lo Jullien, che ha la convinzione, che un gran numero di malati considerati come apoplettici, soccombano in realtà per lesioni sifilitiche, che un'esame profondo permetterebbe di riconoscere e guarire.

Dei *disordini intellettuali* l'*amnesia* è il fatto più frequente. Che si faccia a rilento o ad un tratto, può essere mite e completa. La intelligenza può scemare fino alla ebetudine. Non mancano esempi di eccitazione cerebrale, di vera *manìa*, con pervertimento delle idee, con allucinazioni e delirio negli atti. Spesso s'incontra la ipocondria sifilitica o *sifilofobia*, che può diventare una monomania, la quale noi ab-

biamo veduto due volte spingere a consumare il suicidio. Alle volte si formano la *megalomania* ed un complesso di segni che simulano la *paralisi generale*, senza però copiarla esattamente — *pseudo paralisi generale.* —

Turbamenti nelle funzioni viscerali si presentano pure qualche rara volta. In generale si è d'accordo nel localizzare le sensazioni viscerali, nei lobi occipitali, e si conosce la influenza delle lesioni del bulbo e del pavimento del quarto ventricolo sulla secrezione orinaria. Localizzazioni ed azioni riflesse, agenti sulle dette parti, devono essere incolpate della *bulimia*, *polidipsia*, *poliuria*, del *diabete*, dei *vomiti* che si hanno in casi di sifilide cerebrale [1]).

In un caso di *incoordinazione dei movimenti* degli arti inferiori con difetto di stabilità, Gammel trovò, alla sezione, nel cervelletto una gomma, grossa come una mandorla. Un paziente di Bernheim, durante

[1]) In un caso di poliuria, Perroud trovò una gomma del 4° ventrivolo, ed, in uno di Taupin, di diabete, che cedette per alcuni anni ad una cura di ioduro potassico, si rinvenne una lesione pure del 4° ventricolo.

la marcia, oscillava come un ebbro e provava una retropulsione invincibile.

Un'*atassia locomotrice sifilitica* esiste essa realmente? Gailleton avrebbe guarito un sifilitico che presentava sintomi di sclerosi dei cordoni spinali posteriori, ed Erb in tre casi vide o guarigione o miglioramento. Fournier, sostenitore ad oltranza di una atassia sifilitica, dice di non aver mai guarito un atassico, fosse esso pure sifilitico. A rigore, i criterii necroscopici non puntellano la esistenza autonoma di una atassia specifica. Erb (unicista) trova che sopra 100 atassici, in 36 non vi avevano influito, all'infuori dei mali venereo-sifilitici, nè le fatiche, nè gli eccessi sessuali, nè il freddo, nè il traumatismo. Sopra 249 atassici Fournier trovò che in 231 vi aveano antecedenti di sifilide. In una inchiesta sulle predisposizioni del sistema nervoso fatta sopra 60 soggetti, in 45 non vi aveva alcuna affezione nervosa, nè riguardo agli ammalati nè agli ascendenti e collaterali rispettivi. Fournier ha spinto le ricerche più oltre, ha voluto vedere, per giunta, se vi abbiano segni precursori fedeli del morbo, ed in un recente lavoro indica alcuni fenomeni pre-

atassici. Dirà l'avvenire se esista realmente una atassia sifilitica, e se sussistano indizii che ci consentano di arrestarla sull'origine e dissiparne ogni minaccia.

Qualunque sia la forma di sifilide nervosa, è raro che essa si fermi al primo focolajo; più spesso tende ad espandersi e rendersi più completa. In essa coesistono frequentemente dei sintomi cerebrali, che non si incontrano abitualmente associati nella patologia volgare. — Esempi: emiplegia con una o parecchie paralisi oculari: od emiplegia doppia: o emiplegia facciale con blefaroptosi: oppure epilessia con paralisi oculari od amaurosi: ossivero accessi maniaci con strabismo ecc. — Risulta da ciò una espressione indecisa dello insieme morboso, che si stacca dai tipi classici delle encefalopatie comuni. La età giovane del soggetto, lo andamento lento, continuo, progressivo, le recrudescenze, le recidive facilissime e le concomitanze, nel mentre rendono possibile la diagnosi, impongono un pronostico dei più gravi.

La cura deve essere mista, energica, prontissima: frizioni mercuriali, iniezioni sottocutanee di sublimato o meglio di calo-

melano; o protoioduro — 0.10 - 0.20 — o sublimato — 0.02 - 0.05 — al giorno per bocca. Joduro potassico — 3.00 -. 6.00 — per bocca, od assai di più per clistere. La cura è bene sia fatta prolungatissimamente con interruzioni. I comuni ausiliarii non devono essere ommessi.

LESIONI DEGLI ORGANI DEI SENSI

OCCHIO ED ORECCHIO INTERNO

Deval narra l'istoria di un mostruoso esoftalmo da alterazione sifilitica delle OSSA ORBITALI, guarito colla cura antisifilitica. Galezowski notò nell'orbita una forma speciale, che pareva avesse a punto di partenza la CASSULA DEL TENONE, e che in un caso cedette sotto l'uso della cura specifica.

Châlons e Bumstead videro lesioni tarde delle GHIANDOLE LAGRIMALI.

La CUTE PALPEBRALE mostrò talvolta tubercoli e gomme.

Sotto il nome di *tarsite sifilitica* o *gommosa* venne descritto uno ispessimento dovuto ad infiltrazione cronica del TARSO, rimanendo intatta la pelle. In tale forma la massa può prendere il volume di un uovo di colomba. Magni, Wecker, Èstlander, Bull videro *gomme* della CONGIUNTIVA.

Le VIE LAGRIMALI possono risentire le lesioni delle ossa che gli stanno attorno; si crede possa ammalare inizialmente anche il loro rivestimento fibro-mucoso (Larebiere). Taylor riferì due casi d'infiltrazione gommosa delle caruncole lagrimali.

Si è constatata la possibilità della *cheratite gommosa* nel periodo terziario, conseguente a sifilide acquisita (Gayet e Denariè).

La iride, il corpo cigliare, la lente, il vitreo ecc. al paro del nervo ottico, restano pure qualche volta coinvolti dal terziarismo.

Riguardo all'ORECCHIO si può ritenere esista una *otite labirintica diretta* con infiltrazione gommosa del periostio e delle membrane, sopravveniente nel periodo secondario o nel terziario; ed inoltre che esista una analoga *otite per propagazione di le-*

sioni dell' orecchio medio. In entrambi i casi vengono in iscena vertigini, nausea, rumore, diminuzione di udito, acusia lenta o quasi istantanea, maggiore e più pronta per i suoni elevati, con abolizione della trasmissione attraverso le ossa.

Robin vide due casi di sifilide, nei quali la ROCCA ammalò prima del contenuto. La iperostosi, la carie, ecc. del temporale, le stesse lesioni cerebrali, hanno sul senso acustico una notevole parte. Secondo Fournier, la diminuzione ed abolizione della facoltà uditiva, i rumori auricolari e le vertigini — cioè gli elementi della *malattia di Méniére*, — figurerebbero talfiata nel periodo pre-atassico della atassia di origine sifilitica.

SIFILIDE EREDITARIA

Essa manca dello accidente iniziale, si ordisce nella vita intrauterina, può cogliere, e coglie di frequente per primi gli organi interni, che talvolta ammalano da soli; le manifestazioni del secondo periodo e quelle del terzo vi sono spesso mescolate assieme.

La influenza della madre sul feto, è fuori d'ogni contestazione. Sono fin troppe le donne che, infettate mediante lo allattamento od in altra guisa, pur fecondate da uomini perfettamente sani, trasmettono al prodotto del concepimento la lue. Una donna che sia in preda a fenomeni secondari poco prima od al momento della fecondazione, se non venga opportunemente medicata, non suole portare a maturazione un figlio sano, esente dal germe sifilitico. Le manifestazioni terziarie, invece non si trasmettono nè dall'uno nè dall'altro dei genitori, e si vedono spesso padri ed anche madri con gravi espressioni terziarie coronati da una serie di figli godenti una salute invidiabile. La infezione poi che si verifica nel corso della gravidanza, in genere solo se sia compiuto il settimo mese di questa, non arriva al feto. Importa conoscere la legge formulata nel 1844 dal Colles e che porta il suo nome: « Un neonato affetto da sifilide ereditaria, benchè porti degli accidenti pur alla bocca, non fa giammai venire ulcerazioni sul seno al quale poppa se è sua madre che lo allatta; rimane però in grado d'infettare una nutrice stra niera ». Tale apparente immunità della madre

si spiega con lo stato suo d'infezione grave o mitigata, impercettibile (Diday) o latente [1]). Abbiamo tuttavia casi di Guibout, Ranke, Rostino, Scarenzio, P. Pellizzari, nei quali bambini eredo-sifilitici infettarono le proprie madri mediante lo allattamento. Osserva poi Profeta che «un infante riconosciuto sano, nato da una donna sifilitica, non corre alcun rischio d'infezione, sia per lo allattamento, sia per i baci di sua madre, per quanto trasmissibili siano gli accidenti dei quali è colpita. Ma più tardi, quando l'organismo è stato rinnovellato dallo accrescimento, questo infante perde la sua invulnerabilità di faccia alla sifilide.» Quando poi si arresti questo periodo di refrattarietà, non si può precisare con norme generali; intanto hannovi casi, uno di Arning, uno di Obtulovvicz, che farebbero eccezione all'anzidetta legge.

Complessivamente, nel corso della gravidanza, sia malato il feto o la madre, succederebbe sull'altro — si tratti egli di vaccinazione, d'infezione attenuata ecc. — una

[1]) Caspary in donna, madre di varii figli sani, che divenuta sifilitica dopo unione col marito era incorsa in aborto al 6° mese, inoculò secreto di placche mucose del marito, e la prova fallì.

modificazione tale, che gli darebbe la irrecettività ad innesti ulteriori. Del resto fattori numerosi ed importanti — grado della impregnazione sifilitica, resistenza individuale, età della malattia e dei soggetti, igiene ecc. — influiscono sulla trasmissibilità del morbo per le vie utero-placentari: questo tema del resto abbisogna ancora di molto studio.

È ammessa l'influenza del padre sul prodotto del concepimento, immune la madre, tanto è vero che abbiamo veduto testè la possibilità che bambini sifilitici ereditariamente infettino la madre che faccia loro da nutrice. Inoltre Liégeois, Fournier, Taylor hanno dimostrato che la cura mercuriale fatta al marito, salva talora dall'aborto la moglie; per giunta si vide, dice Diday, una stessa donna che patì di sifilide generare successivamente bambini sani e bambini sifilitici, secondo che essa gli avea dato per padre un uomo sano o quello che la avea infettata (due casi di Simon). Taluno va più oltre, e per spiegare la infezione di alcune gravide, ammette che il *virus* venga loro dal feto inquantochè sia figlio di sifilitico — *sifilide per concepi-*

mento, — attalchè se non fossero rimaste incinte non avrebbero assorbito il veleno, il quale da parte sua attraverserebbe la placenta come il *virus* carbonchioso ed il vajuoloso [1]). Vi sono infatti casi nei quali la sifilide erompe nella donna al 3° mese circa di gestazione con fenomeni secondarii, e senza che sia preceduto l'accidente iniziale, oppure preesistita la infezione.

Tutto sommato però, si osservano di continuo nella pratica casi di uomini, che, divenuti padri, a sifilide appena estinta o a sifilide latente, e persino con sintomi secondarii in corso ed infezione vicina, avendo moglie sana, ottengono bambini sanissimi. Di converso poi se ne incontrano parecchi che, stante una leggera esulcerazione o papula umida ecc. non sempre avvertita, insinuarono nella famiglia il tristissimo morbo con tutte le amarezze e le miserie che gli susseguono [2]).

[1]) Si ha potuto dimostrare nei cani e cavie, l'indaco ed il cinabro iniettato nel sistema circolatorio delle rispettive gestanti.

[2]) Bumstead ammette che il *virus* esista nel seme o nell'ovulo, e non possa attraversare il circolo placento-uterino. — Aubert spiega la sifilide per concepimento, supponendo l'intervento di un

Ora quali sono gli effetti della sifilide dei genitori? Uno dei più frequenti sono gli aborti, numerosi, succedentisi dopo periodi di gestazione sempre più lunghi. Il feto, per lo più, è espulso al 3°-4° mese; può esserlo più tardi, fino a nascere a termine coi segni della lue. Se arriva a maturità, nasce spesso collo aspetto della salute più fiorente. Ma il germe del male intanto si moltiplica, accresce le sue insidie e suscita lesioni diverse o nei primi tre anni dalla nascita — *sifilide ereditaria precoce,* — o dopo questo periodo, sia che si manifesti per la prima volta, oppure abbia raggiunta questa epoca per via di espulsioni varie — *sifilide ereditaria tarda.* — La lue ereditata è suscettibile delle stesse evoluzioni e longevità dell' acquisita. Ora non bisogna credere al malvezzo di taluno di

sifiloma intra-uterino. Notiamo da parte nostra che le esperienze di Mireur, tutto al più provano, che il seme inoculato sulla o nella pelle, può non suscitare la infezione. Ancora non sappiamo positivamente se sia racchiuso nel seme il *virus* sifilitico, e in generale quali sieno le condizioni migliori per la sua eventuale incubazione ed attività. Alcuni fatti clinici, se non si ammette la virulenza dello sperma, restano affatto inesplicati.

addebitare alla sifilide tutti gli aborti delle donne gravide. Di solito la lue precoce si appalesa nelle prime settimane, nei primi tre mesi dalla nascita, talora anche dopo; così Diday la vide comparire, per la prima volta al secondo anno di vita. Il rapido decadimento dei bambini sifilitici e le necropsie fatte insegnano, come possano ammalare prima, più gravemente e più spesso i visceri e lo scheletro a confronto dei tegumenti.

La lue ereditaria tarda, od entri in azione per la prima volta scorso il terzo anno, o sia stata preceduta da manifestazioni della stessa origine, rappresenta naturalmente, ogni volta, i frutti di una infezione lontana; le sue espressioni sono per ciò, quasi di necessità, quelle della sifilide terziaria. Per via di crisi successive o *d'emblè* la si rinvenne in soggetti di 20, 40 persino di 65 anni. È costituita da fenomeni clinici che, fino a qualche anno fa, passavano per scrofolosi o rachitici, e che anche oggidì si ama da taluno riferire a contagi criminali od accidentali. Realmente questi non sono tanto rari, specie nei due primi anni di esistenza, e la smemoratezza, la furberia, la ignoranza

non permettono sempre di bene interpretarli. Certi caratteri però che dànno la impronta della eredità specifica nel soggetto, più la mancanza di accidente iniziale comprovano abbastanza come abbiano tali fenomeni avuto origine nella vita intrauterina. Taluno ricorre colla mente a quella sifilide che l'infante potrebbe buscarsi attraversando i genitali materni al momento dello sgravo — *sifilide congenita,* — senonchè, in tesi generale, questa maniera d'infezione ammessa da Weill e Grünfeld non si può verificare, non tanto perchè è difficile che il bambino presenti, nascendo, vie opportune al contagio, o perchè da una parte i genitali della madre vengano prima lavati dalle acque dell'amnios e dall'altra si trovi il bambino in una vernice sebacea protettrice, ma perchè, di regola, esso è riparato dalla contaminazione pel fatto di quella che già porta con sè.

La sifilide poi che il bambino prende nella prima infanzia, e perchè vi si possono osservare i due primi periodi od averne notizie, e per lo andamento che è meno grave, e per la assenza di alcune note morfologiche ed anatomiche, che esporremo più avanti, non si può prendere per ereditaria.

I casi di sifilide ereditaria tarda sono assai rari; per venire accettati devono riunire tre condizioni: anzitutto che i sintomi osservati sieno realmente sifilitici; che sia bene stabilito che il soggetto non ha subito, durante l'intero corso della sua esistenza, alcun contagio diretto, e che i genitori, almeno uno di essi, sieno stati alla epoca del concepimento, in potenza di sifilide.

La sifilide ereditaria tarda, in generale è meno temibile per la vita, che non sia quella precoce.

SINTOMATOLOGIA. — Lavori recenti obbligano a ritenere frequenti le lesioni della PLACENTA. La *endometrite placentare* gommosa e la *placentite interstiziale diffusa* con esito di sclerosi, vi sono state rinvenute. L'*idramnios* sembra essere anche talvolta conseguente ad infezione.

Il bambino può ammalare alla pelle, alle mucose, agli organi dei sensi, alle ossa ed ai visceri.

Alla PELLE si notano la *roseola* che assale la faccia, il collo, sopratutto il palmo delle mani, dove sembra prepari il terreno a lesioni più gravi, e che è ordinariamente fugace; le *papule secche* e le *umide*, le

quali ultime sono più frequenti, si erodono spesso, lasciano traccie pigmentali e si insediano sulle natiche, attorno ai genitali, ecc.; le *papulo-vescicole* anzitutto alla fronte ed alle superfici palmari e plantari; il *pemfigo*, il quale suole essere ed è anzi sifilitico se il bambino proviene da genitori sifilitici, se apparisce sul feto nato-morto, e nei primi quindici giorni dalla nascita, con simultanee lesioni terziarie viscerali, con sede di elezione alle superfici palmare e plantare; esso denota una saturazione sifilitica grave, pressochè insuperabile. Si verificano altresì la *impetiggine*, lo *ectima*, i *tubercoli*, che vengono qualche volta presi da ulcerazione profonda e da fagedenismo. Le *gomme* sono piuttosto de la sifilide ereditaria tarda; la *onissi secca* e la *ulcerosa* della sifilide precoce.

Oldmanson e Wintrel trovarono stenosi della vena ombellicale nel cordone di feti macerati, la cui morte attribuivasi a sifilide. Hirschfeld, il quale pure osservò questo fatto, opina che esso dipenda da alterazioni simili a quelle che si trovano nelle arterie. Behrend (1878) descrisse casi di *porpora cutanea* e di *onfalorragia* da si-

filide. Bumstead raccolse 18 casi di *sifilide emorragica* in neonati. Le emorragie possono seguire altresì sulle sierose e nei visceri, ma più spesso hanno luogo alla cute ed alle mucose [1].

Le MUCOSE ammalano per sifilide ereditaria, meno spesso della pelle. Ai PROLABII sorgono ragadi profonde, dolorose, capaci di contagio e di lasciare cicatrici indelebili. Sulle commessure labiali sono frequenti le placche mucose. Nella BOCCA e sulla LINGUA non mancano i casi di placche e ulcerazioni sporche, che diversificano dalle comuni stomatiti ulcero-membranose, che sono facili nei bambini tenuti poco appropriatamente, quando esistono ormai i denti, e che si mostrano con ulcerazioni multiple, estese, a contorno roseo, fondo grigiastro facilmente sanguinante. Il mughetto poi forma stratificazioni, che collo sfregamento si levano agevolmente e resta la mucosa affatto sana ; e per di più nella ma-

[1]) Anche negli adulti si hanno, rarissimamente, delle eruzioni secondarie, accompagnate da effusione emorragica o intorno o dentro la sostanza della lesione. Parlarono di tali *emorragie cutanee* da sifilide Bälz che ne vide due casi (1865), Bumstead, un caso, Horowitz (1886) tre casi.

teria allontanabile si può vedere l'*oidium albicans*.

La *corizza* che di solito non si presenta mai come unica manifestazione, ne è tra le prime e più frequenti. La schneideriana, massime quella ricoprente il setto cartilagineo, si arrossa, si gonfia, l'epitelio si intorbida e distacca. La secrezione in principio aquosa, si fa mucosa, densa, purulenta, icorosa. Il contorno delle narici si gonfia, si erode, si incrosta, la flogosi guadagna il labbro superiore. Il secreto, che ristagna e si essica, rende impervio il naso. Il bambino poppando, deve tratto tratto lasciare il capezzolo per respirare, e deve dormire a bocca aperta. Il poppare e il dormire affaticanti, insufficienti, depauperano le forze e la nutrizione del piccolo avvelenato. Sopra 200 casi, Parrot vide solo una volta affacciarsi necrosi delle ossa nasali, una seconda E. Zeizzl, una terza Neumann.

Infiltrazioni, esulcerazioni analoghe montano nelle parti superiori e posteriori del naso e compromettono la FARINGE. Si sono vedute gocciole di pus che occupavano l'ORECCHIO MEDIO.

Nella LARINGE si sono veduti: eritema, ed

erosioni; Parrot e Roger notarono una ulcerazione, attraverso alla quale vedevasi denudata una cartilagine. Fränk e Jürgens riferirono sopra un caso di peri-condrite con stenosi laringea. In malati di sifilide ereditaria tarda, Parker notò due volte delle papule umide; Eros una gomma sopra una corda vocale; Simon in una bambina morta di 5 anni rimarcò che la epiglottide era deformata, ulcerata ed occludeva presso a poco completamente l'ingresso della laringe; ed una sorella di questa patì di laringostenosi e morì di 3 anni. In due casi di Percy Kidd, e sei di Leffertes, in individui da 10-18 anni si aveva distruzione totale della epiglottide e stenosi della parte superiore della laringe.

In una sua malata di 2 anni, Rafinesque trovò una stenosi della TRACHEA. Sturge, in un bambino di 2 anni e mezzo, notò che le corde vocali vere e false andate distrutte, erano rimpiazzate da un tessuto di cicatrici.

Woronichin constatò una ulcerazione che occupava il BRONCO destro e la parte attigua della TRACHEA in un bambino di 14 mesi.

Nei POLMONI, meglio della forma gommosa si incontra la interstiziale produttiva, che porta ad epatizzazione diffusa e circoscritta.

Nella mucosa dello STOMACO, Oser ha veduto delle piccole masse bianche, dei piccoli nodi uniti strettamente.

LO INTESTINO fu trovato in preda al terziarismo numerosissime volte. Le alterazioni, sieno neoplastiche, ulcerose o sclerose, erano di solito a livello delle placche del Peyer. Ne seguirono talvolta perforazioni dello intestino. La infiammazione può sostenere una diarrea, questa di solito è fatale.

Il FEGATO, oltre alle forme di infiammazione interstiziale e gommosa, incontra talora la *periflebite* — vena porta, — *sifilitica* descritta da Schüppel. La itterizia, il meteorismo, lo ingrossamento della milza, le enterroragie ne sono i sintomi.

Il PANCREAS lo si rinvenne compromesso da forma interstiziale e gommosa.

Il CUORE, i vasi artero-venosi e linfatici, le ghiandole sanguigne compreso il timo; i reni, i testicoli, le ovaia ecc., il cervello, il midollo, le meningi, i nervi cerebro-spi-

nali ecc., sono stati rinvenuti e possono essere colpiti.

Non vi ha dubbio, alcuni casi di paralisi dell'oculo-motore dell'ottico, di emiplegia, paraplegia, convulsioni, idrocefalo vanno sul conto della lue. La sifilide tarda può tradursi con sintomi di *meningite cronica* detta semplice (Dreyfous); di *pachimeningite emorragica* (Hübner) con alterazioni cerebrali a forma epilettica, cefalalgica, e perfino mentale.

De-Lucca ha pubblicato la osservazione di un bambino sifilitico di 21 mesi che ammalò di *paralisi infantile*, molto ragionevolmente attribuita alla sifilide. Moncorvo dimostrò che la *sclerosi multiloculare* può cogliere individui molto giovani, ed essere espressione di sifilide ereditaria, sia precoce che tarda. Ma in un caso di *mielite trasversa acuta* sospettò trattarsi d'infezione ereditaria, e col trattamento specifico salvò il piccolo malato. Fin ad oggi sono stati raccolti 7 casi di *tabe* (Eulemburg, Hallis, Leubuscher, Jacubovvitsch e Remak) attribuiti a sifilide dei genitori, in persone di 9-16 anni, delle quali cinque di sesso mascolino.

In questi ultimi anni si ebbe una cura speciale per lo studio dell'organo della vista e dell'udito nei bambini sifilitici, nonchè per i denti e per le ossa.

L'OCCHIO non soffre spesso d'*irite*: le vegetazioni che vi appariscono compromettono qualche volta il campo pupillare. Le malattie dei mezzi profondi abbisognano di ulteriori studii. La *cheratite interstiziale diffusa* frequentemente binoculare, come dalla scrofola, dal rachitismo, dalla atrepsia, cosí viene provocata dalla sifilide. Consiste in una opacità leggera, di una tinta bleu-grigiastra, che sembra localizzata al centro della cornea, e negli strati sotto epiteliali. Colla illuminazione laterale, si vede una grande quantità di piccoli punti più o meno oscuri. L'affezione sviluppasi lenta, certi punti risanano e ne ammalano altri; non si ha nessun disturbo, eccetto la diminuzione della vista. Sopravvengono spesso dei leggeri nefelii, ed è possibile una lenta *restitutio ad integrum*. Si va sempre più avvicinandosi da parte di sifilografi dei varii paesi al concetto di Hutchinson che ritenne per primo che questa cheratite unitatamente a certe alterazioni auditive e dentali, che descriveremo, sieno

caratteristiche della sifilide ereditaria, ne formino anzi la *triade patognomonica.*

L'ORECCHIO può venire offeso da parte di lesioni gutturali, che penetrino nella tromba e per questa nella cassa. L'*otite media suppurativa* è particolare alla seconda infanzia. Senza sintomi acuti, senza dolore, senza lesione dell'orecchio esterno si stabilisce una otorrea. All'esame si rileva uno o più fori della membrana del timpano, talvolta la sua totale distruzione con carie degli ossicini, che sono eliminati quando la malattia ha durato ormai parecchi mesi.

Allo avvicinarsi della pubertà, massime nelle ragazze, bruscamente o per gradi successivi, si stabilisce talvolta in poche settimane, con sensazione di vertigini e rumori varii, senza lesione constatabile, una *cofosi* più o meno completa il più delle volte irrimediabile, che Kipp attribuisce a lesioni del labirinto e del pavimento del 4° ventricolo.

I DENTI si rinvengono deformati con molta frequenza negli eredo-sifilitici. Hutchinson dichiara che talune deformità — così la erosione semilunare degli incisivi

interni superiori, — costituiscono una dimostrazione perentoria di lue ereditaria. È positivo che s' incontrano soventi nei generati da sifilitici, viziature nella forma dei denti, unite ad altre lesioni specifiche, e che la cheratite parenchimatosa coincide con le prime circa 60 volte su 100. Tuttavia non vuole essere dimenticato che i denti sono pure spesso male formati in fanciulli punto infetti, nonchè in animali assolutamente refrattari alla lue (bovi, cavalli, cani, elefanti, ippopotami); che gravi disordini nutritizii nella infanzia valgono a provocare persino la erosione medesima; è certo tuttavia che tra tali cause, la sifilide tiene un posto preponderante. Messi da parte i rari casi, nei quali i *denti decidui* sono stati trovati deformi, nei *permanenti*, cioè in quelli della seconda dentizione, si è incontrato sopra soggetti sifilitici il *ritardo nella evoluzione*, che arrivò persino al 4° al 12° anno, e varie *deformità*. Queste sono quasi sempre multiple, simmetriche; risguardano per ordine di frequenza i primi grossi molari, quindi gli incisivi, i canini, i molari falsi; il 2° ed il 3° grossi molari sono quasi sempre risparmiati. Possono presentare delle *erosioni*, il *mi-*

crodontismo, l'*amorfismo* — cioè una mostruosità tutta fuori del tipo normale, — una particolare *vulnerabilità* e conseguente caducità maggiore [1])

[1]) Si designa col nome improprio di *erosione dentale*, un difetto parziale nel dente, dello smalto, ed anche talora dell'avorio, d'onde un infossamento un appianamento rimarchevole che proviene da una distrofia transitoria avvenuta per causa generale, nel momento di formazione del dente; va *a carico del corpo del dente*, oppure *della sua estremità libera*. Nel primo caso abbiamo: 1° *erosione a cupola*, quando evvi una depressione ad orciuolo a cupola, sulla superficie della corona; coglie in uno o più punti, specialmente gli incisivi interni superiori; 2° *erosione a faccette*, quando la corona è faccetata come se vi avesse agito sulla convessità, una lima diritta; 3° *erosione a solchi* od *atrofia dentale sulciforme* di Parrot, quando i denti portano dei solchi trasversali, che dispongono la corona a piani e a gradini sovrapposti; 4 *erosioni en nappe* quando si ha la esagerazione di una delle viziature precedenti, che modifica più profondamente lo aspetto del dente.

Nel secondo caso si ha l'*atrofia cuspidiena* (cuspidienne) del Parrot, allora che il difetto di sviluppo si limita al terzo o quarto superiore della corona, per cui guardando il dente, esso sembra costituito da un dente terminale piccolo, scappato fuori da uno più grande, cioè come « un moncone d'avorio emergente da una corona normale » (Magitot). Tale moncone col tempo si usura e rimane un dente corto, colla superficie triturante liscia Sui cani la superficie triturante può essere a lettera V, oppure esigua conica. — Negli incisivi anche a V, od a piccole dentellature a guisa di sega, oppure estre-

Talune delle lesioni delle OSSA che si effettuano negli eredo-sifilitici, o infiammatorie o gommose, sono identiche a quelle che si hanno nella sifilide acquisita, altre invece esprimono un turbamento nelle attività delle parti o durante lo sviluppo ed accrescimento delle ossa stesse, e sono speciali alla intossicazione maturatasi durante la vita endo-uterina.

Le lesioni del CRANIO sono molto frequenti; possono essere *ulcerose* od *osteofitiche*. La forma ulcerosa o *cranio-tabe*, vedesi anzitutto nella prima infanzia; è rara nella faccia interna dell'osso, dove le lesioni sono meno estese, e meno profonde. Le lesioni della faccia esterna, se si sono svolte nella vita intrauterina, sono collocate lungo la sutura saggittale, se nella estrauterina, lungo la lamdoidea.

mamente assottigliata, appiattita dallo avanti allo indietro; oppure la corona normale alla base, si restringe assai alla sommità, che si vede sormontata da un piccolo tratto rugoso, sporco, informe. — Abbiamo infine la *erosione a colpo d' unghia* che costituisce il cosidetto *dente di Hutchinson*, al quale forse una esperienza più prolungata confermerà valore di segno patognomonico, intanto essa è rappresentata da una depressione semi-elittica del bordo libero degli incisivi.

Esistono e predominano in via ordinaria sul lato opposto a quello del decubito abituale del bambino. Rappresentano delle perdite di sostanza a colpo di unghia, oppure sono erosioni diffuse, multiple, a contorni irregolari, o figurano altrimenti quali tratti porosi. Sono precorse ogni volta da una certa rarefazione dell'osso. Talvolta passano da una parte all'altra la squamma ossea: più sono circoscritte e più sono profonde [1]). La perdita di sostanza non è apprezzabile nell'osso fresco, perchè colmata da una materia molle, rosea, che al contatto dell'aria si essica e si riduce ad una specie di vernice giallastra. — La forma osteofitica si avverte sopratutto sulla tavola interna e sulle parti non esposte a compressioni — escavazioni frontale e parietale. — In bambini più avanzati in età, gli osteofiti siedono talora anche sopra lo sterno. Come le usure e le perforazioni del cranio anche gli osteofiti si sviluppano simmetrici, attorno alle bozze frontali e parietali, in vicinanza degli angoli peri-bregmatici e

[1]) Secondo taluni, usure e perforazioni inizierebbero sempre nel tavolato esterno, mentre quelle da atrepsia sempre dallo interno, e sempre dove si esercita pressione da parte del cervello.

lungo le suture. Non risiedono mai sull'occipite (Parrot); hanno aspetto spungoide, le fibre loro cadono perpendicolari sulla superficie dell'osso. Naturalmente, tali esuberanze occasionano delle deformazioni ossee particolari; così ad esempio le parti laterali fronto-parietali, possono prendere un grande sviluppo, mentre sulla linea mediana l'ossa rimangono depresse, e ne sorge così una forma che fu detta, per il suo aspetto, *cranio natiforme* (Parrot).

Si può incorrere del pari nella *sinostosi* precoce delle ossa craniche, d'onde deformità, *microcefalia* e conseguente idiotismo[1]).

La distrofia sifilitica qualche volta, anzichè ad una ossificazione più attiva, conduce ad una produzione più languida, cioè anzichè fornire dell'osso *in più*, dà dell'osso *in meno*, da ciò derivano, suture preternormali, fessure, ossa wormiane, tra le quali è rimarchevole *l'osso epatale* che si separa dalla squamma dell'occipite [2]).

[1]) In un caso di questo genere, il cervello di un piccolo ammalato di Parrot pesava grammi 777, quando avrebbe dovuto pesarne 8-900.

[2]) Parrot lo rinvenne 15-20 volte su 200 eredo-sifilitici, invece soltanto 4-5 su 1000 crani di non sifilitici.

Il pericranio è pressochè sempre sano, o solo di poco alterato: la base del cranio lo è sempre meno della volta: la rarefazione vi è la lesione più frequente. Alla FACCIA, i mascellari sono quasi sempre compromessi.

Delle OSSA DEL TRONCO E DELLE MEMBRA, le lunghe ammalano più soventi delle altre [1]). Le lesioni per lo più sono simmetriche, e distribuite su varie ossa. Le osteopatie elementari per ordine d'importanza e di frequenza il Parrot le dispone come segue: 1.° *periostogenesi,* che comprende la *osteogenesi* e la *fibrogenesi,* spesso combinate assieme; 2.° la *medullo-genesi* o *midollizzamento della sostanza compatta*; 3.° la *condro-calcosi*; 4.° la *trasformazione gelatiniforme.*

La *periostogenesi* sviluppasi a tutte le età anche nella vita endo-uterina. Il periostio è ingrossato nei punti dove l'osso è offeso; pure allontanato, l'osso rimane più voluminoso e più pesante. Lo si vede

[1]) Iullien e Parrot credono che l'osso più colpito sia l'omero; invece Fournier su 193 ossa malate, ha trovato la tibia malata 91 volte, l'ulna 22, il radio 15, l'omero 12, le ossa del cranio 16.

coperto da sostanza osteoide molto porosa, osteofitica. La periostogenesi predilige: l'omero nei due terzi inferiori ed alla faccia posteriore; l'ulna ai due terzi superiori; il femore nel tratto anteriore esterno; la tibia alla faccia interna, specialmente nella sua parte di mezzo. Massime quando l'infante ha oltrepassato il sesto mese di vita interviene la *fibrogenesi*, che con un rivestimento congiuntivo, circonda gli osteofiti e dà una tal qual forma all'osso.

La *medullo-genesi* può seguire alla periostogenesi però nei soggetti molto giovani vige anche da sola. Consiste in ciò, che tra la diafisi normale ed il tessuto osteoide aggiunto, si ingrandiscono i vecchi canali midollari e se ne escavano di nuovi, nel mentre, necessariamente, avviene rarefazione ed abolizione della sostanza ossea patologica ed anche normale. Il tessuto osseo in parte o per intero viene sostituito da tessuto che ha i caratteri del midollo delle ossa; l'osso, di tal guisa indebolito, può subire infrazioni e fratture così dette spontanee.

Rispetto alla *condro-calcosi* giova rammentare, che allo stato normale, tra la cartilagine epifisaria e la diafisi, vi ha uno strato bluastro, grosso da un quarto a mezzo millimetro, che è lo *strato spongoide* di Broca, *ossiforme* di Ranvier, *condro-calcare* di Parrot, nel quale le prime traccie di sostanza fondamentale cartilaginosa s'incrostano di sali calcari. Ebbene negli eredo-sifilitici tale strato può farsi grosso 1-2 milimetri; può serbare una superficie piana; può però anche inviare nella cartilagine epifisaria e nella estremità della diafisi, dei prolungamenti varii e di numero e di forma e di lunghezza, che aumentino maggiormente il suo spessore. Tale strato è molto fragile; il che spiega la frequenza nei bambini eredo-sifilitici delle fratture che succedono a questo livello. La condro-calcosi coincide, alle volte colle produzioni osteofitiche non ancora attaccate dal midollizzamento.

Si designa quale *trasformazione-gelatiniforme* il passaggio della sostanza ossea normale o patologica in una pappa gialla composta di vasi, detriti, cellule midollari e grasso. Il solo strato condro-calcare resiste a questa degenerazione, che investe

particolarmente il tessuto spugnoso delle estremità della diafisi: da ciò, ancora una volta, la separabilità di questa dalla epifisi, le fratture spontanee e, per giunta, certe paralisi infantili.

C. Pellizzari e Tafani hanno il merito di avere scoperto per primi delle *fratture ed infrazioni simmetriche nelle diafisi costali* di bambini eredo-sifilitici. In tali casi il nessun spostamento dei frammenti, la integrità del periostio, l'adipe, ecc., possono nascondere la frattura. La mobilità, anormale, il colore giallo anzichè rosso-cupo nel punto franto esaminato attraverso alla luce, ed una certa trasparenza, permettono di rilevare il guasto, sia che si tratti d'interruzione completa della sostanza ossea, come anche allora che una sua faccia sia ancora sana — *infrazione*. — La sede suole essere un poco più avanti della linea ascellare media; vi sono più esposte le coste vere ad eccezione delle due prime.

Le alterazioni fin qui descritte furono meno studiate per quanto spetta alle ossa larghe.

Le osteopatie poi che la sifilide ereditaria condivide colla aquisita si vedono a

varia età [1]) ed hanno pur caratteri comuni: la simultaneità su varie sedi; il cogliere un osso, supponiamo la tibia, già prima incurvato, deformato; siedono sulla diafisi, vicino alla epifisi; si estendono su ampio tratto di osso; manca ogni risentimento ghiandolare, nel contempo i visceri sono, per lo più, integri. La forma più frequente è quella della tumefazione diffusa - *periostosi* od *iperostosi* - con aumento di volume del segmento ammalato. Qualche volta si hanno localizzazioni ristrette a un punto del frontale o della tibia, dove si vede una guisa di tumore nodoso, una *esostosi*. La *osteo-mielite* delle ossa del metacarpo e delle falangi *(spina ventosa)* qualche volta dolorosa nelle ore della notte, non è infrequente manifestazione di lue ereditaria tarda.

Uno studio delle osteopatie descritte, spinse Parrot ad affermare « essere il *rachitismo* un accidente della sifilide, ... punto di rachitismo senza sifilide. » Senonchè vi hanno paesi — Antille, Messico, Java, China, Giappone — dove la sifilide è frequentissima, il rachitismo invece nullo o quasi; in ag-

[1]) Fournier di 90 osteopatici, ne trovò dai 3-5 anni, 5; dai 5-12, 54; dai 13-19, 24; dai 19-28, 7.

giunta possiamo artificialmente rendere rachitici degli animali; e poi Demme, sopra 648 fanciulli curati a Berna cercò indarno, su buona parte, antecedenti come di tubercolosi, così anche di sifilide, nei genitori; altrettanto Cazin per 49 rachitici; Pini assevera, che la sifilide non entra punto come elemento d'importanza apprezzabile, nella etiologia della rachitide; i rachitici possono egregiamente buscarsi la sifilide; le frizioni mercuriali, l'ioduro potassico, il siroppo di Gibert, aggravano la rachitide, che trova nei conforti della igiene e nella sana alimentazione i suoi precipui correttivi.

Anche nella lue ereditaria sono stati veduti l'*idrarto,* la *sinovite* e *peri-sinovite gommosa,* le *osteopatie articolari:* si ha pure registrata una *poliartrite purulenta* (Lee, Carrington) e la varietà *deformante* (Mèricamp).

La sifilide ereditaria dunque presenta, in certo modo, il riassunto sinottico delle lesioni costituzionali di ogni specie e di ogni età di cui si compone la sifilide degli adulti; possiede per giunta delle forme le quali, cogliendo parti nel loro sviluppo, gli conferisce una fisionomia particolare.

In generale uccide spesso il piccolo essere ancora nell' utero materno: determina con grandissima frequenza, una serie continua di aborti ad epoche via via più inoltrate. Il parto prematuro di feto morto, quello a termine di feto morto o non vitale, cedono il posto, dopo 3-10 anni dal contagio, al parto di bambini maturi, dotati di sufficiente funzionalità organica e di aspetto sano, che dopo due quattro settimane vengono colpiti da conseguenze evidenti. Le manifestazioni precoci di solito compariscono, per la prima volta, nei tre primi mesi dalla nascita.

In brevissimi giorni il neonato diventa pallido, terreo, avvizzito, pieno di rughe, deperisce e si fa somigliante ad un piccolo vecchio — *Iam fatalem typum insculpsit senectus maxime precox.* — Tale decrepitezza può tardare, pur comparse le manifestazioni specifiche esterne, fino a pochi giorni dalla morte: è in rapporto non tanto colle lesioni visibili, quanto con quelle profonde che minorano grandemente il lavoro assimilativo. Il linfaticismo, la scrofola [1]), la

[1]) « Se le persone furono alla lunga tormentate dalla sifilide e neglessero le cure convenienti alla

rachitide, ecc. hanno naturalmente facili trionfi in un terreno dove l'anemia, la insufficiente e pigra nutrizione debilitano le sinergie vitali.

Anche la lue fetale non si esaurisce per lo più dopo una prima comparsa, ma raccoglie tratto tratto, per uno o più anni, il nerbo delle sue forze per nuovi attacchi, sino a che interviene magari la morte.

L'anamnesi dei genitori; la età del bambino; la grande frequenza della papula umida; i sifilodermi che colgono per ordine di frequenza le natiche, le coscie, le gambe, i contorni dell'ano, la regione sacro-coccigea, le grandi labbra, lo scroto, la faccia,

loro guarigione, di rado i loro discendenti non sono infetti di morbo, che ha tutti i caratteri del vizio scrofoloso. Alibert ». — « La sifilide dei genitori è occasione che vengano partoriti figli scrofolosi e rachitici. Astruc ». — Hufeland chiamò la scrofola *sifilide larvata*, Mackenzie la ritiene *una sifilide modificata nella seconda generazione.* Devergie opina che la più parte dei figli che vengono colti per la prima volta da scrofola alla età di 8-10 anni, abbiano avuti gli avi o proavi sifilitici. — Ricord asserisce che i figli di genitori al periodo terziario, presentano sintomi, che possono essere ricondotti alla scrofola. — La debilitazione come elemento predisponente, la sifilide tarda come interpretazione più giusta, hanno modificati oggidì tali concetti.

la pianta dei piedi, la palma delle mani; l'essere la eruzione apiretica, polimorfa, lenta, non pruriginosa, facile ad esulcerare, ci mette sulla via della diagnosi.

Quando il nostro piccolo soggetto ha superato il primo ed il terzo anno di vita e più ancora, in allora, alcune note morfologiche e patologiche possono denunciarne lo stato diatesico latente. Cotali particolarità, presenti in numero ed in grado vario, non rappresentano, ciascheduna per sè stessa, altrettante affermazioni patognomoniche ma racchiudono nel loro complesso un valore che le rende molto utili per la diagnosi. Fournier le coordina come segue:

1. Costituzione, *habilus*, *facies*, delicati, mai scrofolosi;
2. Ritardo, imperfezione, arresto di sviluppo fisico, infantilismo ecc.;
3. Deformità craniche e nasali, fronte prominente in totalità oppure ai lati, cranio assimetrico ecc.;
4. Deformità del tronco e delle membra, tumefazioni, incurvamenti tibiali, ecc.;
5. Stigmate cicatriziali della pelle e delle

mucose, grandi, policicliche, alle commessure labiali, alle natiche, alla gola;
6. Lesioni oculari;
7. Lesioni o turbamenti dell'organo auditivo;
8. Deformità dentali;
9. Lesioni dei testicoli — atrofia sclerosa, arresto di sviluppo. —

La sifilide è una delle più potenti cause di aborto, di parto prematuro, di mortalità nella infanzia; uccide molto più che non si creda, spesso quando meno lo si sospetta. Le manifestazioni interne se non inaridiscono le sorgenti vitali nei primi tempi, certo vi esercitano un triste influsso. Le cure nulle, o insufficienti, o non ripetute per alcuni anni, il difetto di una vigilanza scrupolosa e di condizioni igienico-dietetiche opportune sono causa di una mortalità, che il Ferrari, il Fournier ecc. calcolano del 77 per cento, cifra che noi riteniamo piuttosto al dissotto che al dissopra della verità.

La sifilide che entri in un talamo sotto la scorta o della ignoranza, o della avidità, o della leggerezza o della bestialità, vi si asside prolungatamente e lo avvelena

con una serie affaticante di miserie fisiche
e morali. Il medico ha la missione di tute-
lare la salute degli sposi, e di provvedere
in pari tempo, a quella dei nascituri. Gli
avvertimenti, la opposizione, non gli sa-
ranno mai rinfacciati tanto acerbamente,
quanto la ignoranza o la debolezza diven-
tate complicità.

Non è sempre l'uomo che porta nella
famiglia una salute avariata, ma lo è egli
il più delle volte. Si deve non permet-
tere il matrimonio a coloro che si tro-
vano alle prese con accidenti contagiosi
del primo e del secondo periodo, a co-
loro l'avvenire dei quali è manifestamente
minacciato dalla evoluzione di una si-
filide terziaria ribelle, a determinazioni
cutanee o viscerali. Devono essere tra-
scorsi due anni almeno dalle ultime ma-
nifestazioni contagiose; deve essere stata
praticata una cura antisifilitica sufficiente:
per poco che una sifilide anteriore lasci dei
dubbi, si potranno consacrare le ultime
settimane precedenti lo sposalizio, ad un po-
co di cura, al «trattamento del padre di fami-
glia» come lo dice Diday; si metterà sul-
l'avviso il già ammalato, intorno alle possi-

bili sorprese da parte del nemico che potrebbe tradire. Si vedono troppo spesso erosioni fugaci ai prolabii del marito, avvelenare la salute della moglie e di più figli. Le norme precauzionali quando la infetta è la donna, devono essere d'assai più rigorose.

Avvenuto il matrimonio, l'uomo, al quale, spetta l'alta direzione di certi affari, bisogna assolutamente si impegni acchè venga intrapresa una cura opportuna, ed impedisca assolutamente la fecondazione, per quanto tempo abbisogna perchè si rientri nelle regole precitate. In caso diverso i poveri di spirito e gli imprudenti, sono puniti alla stessa stregua degli zotici e dei tristi.

Talvolta la cura del marito già infetto, ha impedito ulteriori aborti da parte di donne sane. Se la donna è gravida, il marito malato può infettare essa ed il feto. Non possiamo per nulla sentirci autorizzati a mercurializzare una donna gravida perchè resa pregna da uomo con manifestazioni sifilitiche. In donna infetta e gravida non vengono mai combattute troppo per tempo ed a lungo, le insidie del morbo. La pratica ci ha convinti che i mercuriali in dose moderata, introdotti convenientemente,

per un tempo molto lungo, giovano alla madre ed al feto; possono cioè prevenire l'aborto ed il parto prematuro, salvare dalla morte e da lesioni o conseguenze molto gravi il nuovo essere. Naturale che il tempo che affievolisce e distrugge la intossicazione, ha in ciò una parte delle più vantaggiose.

PROFILASSI CONTRO LA SIFILIDE

Non intervenuti a tempo o debitamente per vietare il passaggio della lue dai genitori allo infante, la alimentazione artificiale di questo, sia a mezzo del *biberon*, come pure di una capra o di un'asina, lascia poca speranza di vita. Lo allattamento deve essere intrapreso, meglio che tutto dalla madre o da una donna sifilitica. Per quante raccomandazioni si vogliano fare, e per quanta intelligenza ed accorgimento ci sia da parte di chi riceve il poppante, una svista, una disattenzione all'ora del nutrimento, della pulitura, delle carezze, può es-

sere origine della infezione della balia. Utili sono sotto questo rispetto gli asili pei lattanti, nei quali la donna, senza cedere altrui la propria creatura, soddisfa, ad un tempo, ai doveri di madre ed ai bisogni inerenti alla sua posizione economica.

Sarebbe bene che ogni neonato che passa dagli ospitali, dalle carceri ecc. ai brefotrofi, vi giungesse scortato da una dichiarazione sullo stato d'infezione in atto o presumibile della madre: che i gettatelli e i bambini di genitori sospetti, venissero affidati a nutrici fuori dello istituto o della casa, solo dopo tre mesi dalla nascita e che, e prima e dopo quest'epoca, il medico responsabile della posizione, provvedesse a mezzo di visite frequenti e sul bambino e sulla donna per asciugare la bava prima che abbia essa contaminato. Analogamente la vaccinazione degli infanti sospetti deve essere fatta con ogni prudenza, quando il pericolo della lue è cessato od almeno quando l'età del bambino gli può contrapporre forza maggiore, cioè dopo il terzo mese: che se nella seduta per la vaccinazione dopo l'infetto o il sospettato tale, ci si rechi a caso un qualche bambino sano, — che si avrebbe dovuto ope-

rare prima, — non si trasporti su di questo sangue o detriti di quello. Nel rito della circoncisione si deve bandire il succhiamento, acchè una mutilazione, che costa perfino la vita di qualche neonato, non offenda anche la salute di qualche medico o rabbino ecc.

La profilassi pubblica contro la diffusione delle malattie venereo-sifilitiche è di una importanza molto vitale. È molto strano che in Italia il governo non dica alla buon ora se e quale parte voglia riserbarsi in tale bisogna. Ricordi l'adagio *dum Roma consulitur Saguntum expugnatur*: e che certe questioni trascinate da oggi a domani lasciano troppo discutere anche coloro che devono sentire taluna responsabilità, e che intanto si persuadono non essere poi cosa tanto riprovevole quella di crearsene una a suo modo. La prostituzione può essere naturalmente il maggior centro di diffusione della malattia; la prostituzione clandestina ne è senza contrasto la sorgente massima; ora dunque conviene assottigliare le fila di questa. Ciò si può ottenere in due modi: venendo in soccorso delle pericolanti e migliorando di molto, la sorte della iscritta.

Come stanno oggi le cose è ben giusto che nessuna cosa nell'ordine morale igienico ed economico più la traviata schivi e ricacci da sè della marca della iscrizione, e ciò con grave pregiudizio all'igiene. Si ricoveri in ispeciali istituti, governati col lume della carità e colla profonda pratica della vita, l'orfana, l'abbandonata, l'oziosa, la minacciata dal malo esempio e dalla cattiva inclinazione. Colla educazione e colla istruzione, le si conferisca l'attitudine ai comuni uffici della sua posizione e ad altri, che è per lo meno ridicolo vedere compiuti da uomini giovani e robusti. Le si procuri un guadagno onorevole, sufficiente, assicurato; le si innesti l'abitudine alla economia, al risparmio previdente, alla semplicità del vestire, ecc. Si riserbi alla virtù ed alla indigenza vera, ogni grazia dotale ed ogni analogo premio. Si dia il più possibile pieno e severo corso alle disposizioni del Codice Penale dove parla dei reati contro il buon costume, e non si faccia mostra di non capire, di non vedere quello che gli altri conoscono e rilevano egregiamente. Si pensi che dopo la prima caduta è facile cangiare la etichetta, ma il

genere checchè si faccia e si spenda, il più spesso rimane immutato, colla aggravante della maggiore furberia per giunta.

Tutti i medici sarebbe utile fossero obbligati a denunziare al sindaco i casi di sifilide da allattamento e vaccinale, e fosse questi tenuto a provvedere per la cura a domicilio od in ospitali; nel primo caso a carico della persona, famiglia o brefotrofio a cui appartiene il lattante; nel secondo a carico della famiglia o del Comune del vaccinato infetto.

Vediamo proprio di costringere a visita settimanale rigorosa e completa ed alla conseguente cura, con o senza sequestro, in caso di malattia, sotto-ufficiali e soldati indistintamente, sieno di terra o di mare, i carabinieri, le guardie di questura e di finanza e dei regii dazii (nubili), gli operai (nubili) delle grandi industrie dello Stato, i prigionieri quando entrono in carcere e quando escono, la ciurma della marina mercantile al momento dello sbarco. Sarà egli possibile, dopo tutto questo, che ci si rimproveri di offendere nella libertà le sole donne? e possiamo poi proprio tirare in campo la libertà, la dignità ecc. quando

sono minacciati nella salute e nella vita dei terzi, affatto ignari, tutt'affatto innocenti delle nostre prodezze.

E via, non si infligga punizione di sorta al militare ammalato, sibbene a quello che si adopera a nascondere la infezione; anzitutto la milizia non è una riunione di impotenti ascetici, e poi la voce della igiene non deve rattiepidire la leale franchezza e far sbandare chi soffre: invece non si conceda il beneficio della licenza e meno il congedo ad un soldato per quanto sia in preda a manifestazioni appiccaticcie o sia prossimo a subirne la evoluzione.

La disposizione statutaria delle Società di Mutuo Soccorso, che toglie ogni compenso a chi viene sottratto al lavoro da malattia venereo-sifilitica accidentale o meno, gravita sproporzionatamente di più a carico degli scapoli; non ammette accidentalità nella origine di una malattia che può essere la più grave e duratura di ogni altra, e col pretesto della morale disconosce il bisogno fisico, aprendo l'adito alla menzogna.

Si obblighino i Comuni che hanno Ufficio Sanitario ad aprire uno o più dispensarii celtici o misti, con consultazioni gratuite

nei luoghi e nelle ore più adatte, con somministrazione pure gratuita di medicine ai poveri, ed a concedere in ogni nosocomio ospitalizzazione la più larga possibile agli infetti; si compensino i Comuni che provvedono più efficacemente nel combattere il morbo.

Più che ad ogni altra cosa badino bene i medici di dissuadere temporaneamente, dal contrarre matrimonio, tutti coloro che non vi apportassero intero, anche sotto questo titolo, il loro contributo di salute [1]).

TERAPIA GENERALE DELLA SIFILIDE

Nella infezione sifilitica, come in ogni altra forma di morbo, assistiamo ad una lotta che s'impegna tra le forze dell'organismo e quelle del *virus*. Alleati, del primo, dobbiamo renderlo idoneo a resistere, a tutta

(1) Vedasi « La Profilassi delle Malattie Veneree in Italia » Studio dell'A. Giornale It. di Malattie Cut. e Ven. Fas. IV. 1883.

oltranza, agli attacchi di quest'ultimo, il quale è debito di pure rintuzzare direttamente, nei tempi e coi modi migliori. La cura abbraccia adunque mezzi igienici e mezzi medicamentosi.

La igiene deve proporsi: 1. di imprimere all'atto nutritivo un impulso nel senso che possa favorire la eliminazione del *virus*; 2. di guarire ed attenuare gli stati morbosi che, coesistendo colla sifilide, possono aggravarla; 3. di proscrivere talune infrazioni, che al sifilitico sono in modo speciale dannose.

I ricostituenti, i tonici, gli amari, i ferruginosi sono reclamati con molta frequenza, specie nella seconda incubazione.

È estremamente utile il provvedere con qualche bagno dolce o solforato, o con lozioni settimanali, alla nettezza di tutta la pelle, più specialmente di quelle parti, che più sovente cadono malate; allo allontanamento di eventuali prodotti di secrezione che, irritando, potrebbero provocare delle espulsioni. Si deve del pari, con ogni attenzione, far mettere e tenere in buono assetto la mucosa del naso, della bocca, della gola, nonchè i denti, per non suscitare localizzazioni

che la in allora meno agevole rimozione della concausa, renderebbe più gravi ed ostinate. I denti irreparabilmente cariati, le tonsille, la uvola, da lungo tempo ingrossate ed irreducibili, giova sieno rimosse, non altrimenti di certe ghiandole ingrossate dalla scrofola, che allo arrivo della influenza sifilitica potessero suppurare. Le forme pruriginose della pelle, la scrofola, devono essere senza tregua oppugnate: una attenzione speciale vorrà poi essere rivolta a quelle parti che le ricorrenti iperemie professionali, designano quali probabili e diuturne vittime del morbo.

Ciascheduno ha la sua sifilide, perchè ha il suo genere di vita (Diday); è incredibile quanta verità si racchiuda in questo concetto. La alimentazione vuole essere semplice e molto nutritiva, scarso l'uso del vino o della birra, da parte gli altri alcoolici od almeno progressivamente restringerne l'uso quando si sieno resi alimenti necessarii. Giova evitare il molto lavoro sia muscolare che mentale, ed ogni intemperanza nella vita sessuale. Il caldo conta tra i migliori agenti curativi; le sifilidi dei paesi e delle stagioni fredde sono più gravi; il freddo

è il maggior nemico dei bambini sifilitici; nei viaggi di circum-navigazione di legni che passano per diverse zone, si è visto, che i marinai malati stavano meglio nelle regioni calde. È bene evitare l'uscita nelle ore fredde, umide, ventose, ed assicurarsi per giunta una certa regolarità nella circolazione cutanea mercè un vestito di flanella sulla pelle. Non è frequente che nel nostro paese si addimandi qualche cambiamento di clima come avviene in altre latitudini. Mille volte meglio è l'aria aperta, anzichè quella di uno spedale. Quanto si deve cercare il sonno, altrettanto è da sfuggire ogni passione deprimente. Il masticare tabacco ed il tabaccare sono sorgente d'iperemie pericolose: nessuna abitudine rende ostinata una espulsione sifilitica e tanto lungamente incerto il definitivo esaurimento della intossicazione specifica, quanto il fumare, abitudine d'altra parte la più tiranna di tutte.

I rimedii farmaceutici poi che meritano di essere impiegati, a preferenza di ogni altro, contro la sifilide, ed ai quali spetta un vero posto d'onore sono il mercurio e l'iodio.

Il Mercurio strofinato sulla pelle si è

trovato nelle ghiandole serbacee, nei follicoli piliferi e nella parte superiore dei tubuli sudoriferi. Per qualunque via introdotto e sotto qualunque forma, non si sa bene se per passare nel circolo si converta sempre in bicloruro (Mialhe), od in cloruro doppio di mercurio e di sodio (Voit), o se debba proprio ridursi a semplice mercurio per agire a mezzo della sua estrema attitudine a volatilizzare (1) Somministrato ad animali sani, secondo alcuni, riuscirebbe ricostituente (Keies), secondo altri (Schlesinger) farebbe aumentare il numero dei corpuscoli rossi e la quantità dell' adipe. Anzichè come diplastico,od alterante,è probabile agisca contro la causa prima del morbo, o direttamente oppure turbandole il mezzo nel quale vive. Agisca o no quale antiparassitario se anche lo effetto è maggiore sui punti coi quali va o viene mantenuto a contatto, certo non si può negargli una mirabile azione diffusiva generale.

(1) Merget ha dimostrato che le molecole di mercurio si staccano dalla superficie libera, con una velocità iniziale di 180 metri per minuto secondo, e che possono essere projettate fino a 1700 metri di distanza.

Può essere insinuato nell'organismo attraverso la pelle — frizioni, bagni, fumigazioni, — attraverso alla mucosa del retto — suppositorii, — o dello stomaco — ingestione, — oppure attraverso lo ipoderma — iniezioni. —

Le *frizioni mercuriali* o strofinazioni mercuriali rappresentano il metodo curativo più vecchio (1), più energico, più rapido, più sicuro: sembra che esso dia il minor numero di recidive; non turba gli organi della digestione se non fosse la bocca, dove possiamo controllare tutti i momenti, con molta facilità, la sua azione.

Le frizioni si possono intraprendere sui vecchi ottuagenari e sui bambini poppanti, in uomini e in donne siano pure gravide. Sono indicate nel sifiloderma papuloso recidivo, nella psoriasi palmare ribelle, nelle forme cutanee pustolari, tubercolari non ulcerose, tutte le volte che esistano lesioni

(1) Marcello Cumano le prescriveva nel 1496; ne parlò, nello stesso anno, in un poema satirico Giorgio Sommariva di Verona. Almanar - 1502, - Cattaneo da Genova - 1505 - le misero in voga; Angelo Bolognino 1507, ne parlò entusiasticamente; Nicola Massa di Venezia - 1563 - le dichiarò metodo infallibile e sicuro ecc.

gravi delle ossa, dell'asse cerebro spinale, dell'occhio, della laringe ed organi i più diversi. Nelle gravide, nei soggetti a digestione torpida o sofferenti nelle vie digestive o che hanno superato da poco tempo il tifo, la dissenteria, in altri che domandano in pari tempo, una cura interna per uno stato clorotico o malarico ecc. sono da preferire, di gran lunga, alla cura interna. Sono controindicate invece nelle gestanti molto vicine allo sgravio, nelle prime due tre settimane dopo il parto; dato esista obesità, scorbuto, adinamia grave, affezioni croniche dei reni, la scrofola, la tubercolosi od una pericolosa eccitabilità del circolo sanguigno. Vi sono individui con cute troppo sottile. o troppo ricca di peli o troppo delicata, dove arrecherebbero soverchia irritazione; ugualmente sotto la pratica delle frizioni taluni incorrono nella insonnia, in prostrazione considerevole di forze, o dimagriscono o non accennano ad alcun vantaggio; naturalmente in questi casi bisogna prendere un'altra via.

Si può adoperare l' unguento mercuriale forte, l' unguento mercuriale modificato da Sigmund — Mercurio p. 1, sugna 1 1[2, — l'o-

leato di mercurio, il sapone mercuriale di Oberländer, di Schuster, di Manassei e Torti e di Canz. Non abbiamo finora abbastanza pratica per giudicare se e quale tra questi saponi sia da preferire ad ogni altro; certo però che l'unguento mercuriale deve essere apparecchiato recentemente. Si eseguono 20-60 strofinazioni di seguito od intervallate, a norma la urgenza e la tolleranza, ciascheduna di 1-3-10-15 grammi, conformemente la età del malato, il bisogno, le condizioni di assorbimento ecc.

L'unzione è bene sia praticata al mattino. L'ambiente deve essere a 14-15° C. Si laveranno a mezzo di bagni generali, o di lavacri con sapone o spirito di sapone potassico, le parti. Si seguirà un certo ordine, ungendo al primo giorno sui polpacci, il secondo allo interno delle coscie, al terzo alle regioni mezzo - ed ipogastrica, al quarto ai fianchi, al quinto alla faccia interna degli arti superiori sopra e sotto la piega del cubito. Quindi si ripete il ciclo. La strofinazione è bene sia fatta dal malato stesso. Col contorno superiore della mano deve soffregare, battendo lentamente e con qualche forza, sempre una stessa curva a guisa

di elisse per 15-20 minuti. La parte va quindi coperta leggermente, e l'individuo per alcune ore deve rimanere calmo, riposato, evitando il sudore. Solo dopo 24 ore la parte può essere lavata. Nei casi lievi si pratica l'unzione ad un lato solo; nei casi gravi ad ambedue, e perfino giova ripetere la seduta nel giorno: nei deboli ecc., è meglio che la unzione venga fatta da persona estranea. Dopo ogni ciclo l'ammalato deve prendere un bagno. Talune regioni vogliono essere a volte risparmiate, così nelle gravide il ventre, ecc.

I *bagni* vanno mercurializzati mediante il sublimato. Li si possono usare quando vi abbiano solo limitate lesioni sulla pelle, massime trattandosi di bambini. Si ha l'effetto di una cura locale e di una generale riunite, ma quella è troppo breve e leggera; la portata di questa non è bene apprezzabile, dacchè non è facile dire se e quanto vadi ogni volta assorbito del farmaco. Si deve immettere 10-20.00 di sublimato in aqua quanto abbisogna per coprire appena il corpo. La vasca deve non essere di metallo, l'aqua alla temperatura del corpo. Il bagno dura da mezza a due

ore, dopo di che lo individuo si asciuga e resta calmo in letto, evitando per qualche tempo la diaforesi. Un bagno generale vale come un ausiliario terapeutico, analogamente ai fomenti col liquore di Van Svvieten, che prestano dei servigi eccellenti.

Le *fumigazioni* si praticano esponendo il corpo, o tutto od in parte, ad emanazioni mercuriali od inspirando (inalazioni) queste ultime. Senza ricorrere a speciali apparecchi — Lee, Langlebert, Maury, — si fa sedere l'ammalato sopra una sedia che sia di canna, o che abbia il sedere munito di molti fori, gli si stringe opportunemente intorno al collo una coperta di lana, o un mantello di tela impermeabile, che tocchi tutto intorno il suolo, e trattenga contro il corpo i vapori che una lampada a spirito od a gas, messa sotto la sedia, svolge da una cassula piena di aqua, nella quale ne galleggia una più piccola contenente calomelano, o cinabro, o mercurio metallico — 1-15.00 — Altrimenti si scioglie del sublimato nell'aqua che si fa evaporare; oppure si spolvera di calomelano un mattone arroventato e lo si mette sotto alla sedia, vicino ad un vaso di aqua bollente. Comunque ottenuti cotali

vapori aquoso-mercuriali, li si può anche inalare. A quest' uopo si suole mettere assieme : Carbone di bragia, Protoioduro di mercurio e Benzoe — 25.00: 2.00: 0.50, — li si mescolano ed impastano con aqua zuccherata a sufficienza, per farne 20 trochisci, dei quali l'ammalato ne abbrucia uno al mattino ed uno alla sera, dirigendo il fumo verso le bocca, nel caso di affezione della laringe o della trachea (Langlebert). In tali morbi, come contro a placche mucose, impetiggini, ectima ulcerati, massime alla regione ano-genitale si ha da tale cura qualche beneficio. Non si deve ricorrervi date gravi affezioni cardio-polmonari. Essa esige preparativi e sorveglianza speciali, guasta l'aria della stanza, offre occasione ad un assorbimento o scarso o nullo ; è un metodo che vale come ausiliario in casi estremamente eccezionali.

I *suppositorii* mercuriali contenenti ciascheduno 0.40-0.80 di unguento mercuriale mite, introdotti uno due al giorno, servirono ad E. ed a M. Zeizzl a far svanire eruzioni papulose recenti e recidivanti. In singoli casi si osservarono indizii di iniziante stomatite.

Per *ingestione* i preparati mercuriali in forti dosi sono purgativi, irritano assai lo stomaco e le intestina od ambedue. Nelle donne gravide, nei bambini, nei sofferenti di gastro-enteropatie, nei malandati, nei cachettici, nei casi dove si deve agire urgentemente, o nei quali è debito servirsi dello stomaco a combattere quella qualsiasi altra importante concomitanza collo insinuarvi l'ioduro potassico, la medicazione mercuriale, per la via del ventricolo, è da ommettere affatto.

Si somministrano per bocca massimamente il Bicloruro ed il Protojoduro, meno il Protocloruro ed il Biioduro, quasi niente il Mercurio metallico, l'Acetato ecc. Alcuni mesi sono Lustgarten e Leblond, hanno raccomandato il *Tannato*, che si darebbe in pillole di centigr. 5 cadauna nel numero di 4-6 al giorno. Jullien lo ha trovato scevro di inconvenienti, per quanto riguarda la mucosa gastrica e buccale, è di una efficacia generale rimarchevole. Ultimamente il Gamberini riscontrò un valido rimedio nel *Fenato* di mercurio, apparecchiato in pillole avvolte con balsamo tolutano e contenenti ognuna 2 centigr. del sale. In

dieci soggetti, dal 5 novembre 1885 al 25 gennaio 1886, diede di tali pillole, da 2-6 al giorno; trovò che, oltre questo numero, esordiva una qualche intolleranza.

Il *bicloruro*, solubile com'è, viene assorbito dallo stomaco più sollecitamente del protoioduro che è insolubile, e che vuol essere dato a dose più grande. Il bicloruro suscita, più facilmente del protoioduro, crampi ed irritazione del ventricolo, è più dannoso negli albuminurici, negli emoftoici e nelle gravide; provoca più spesso intorbidamenti dell'epitelio della bocca e lingua (1), è meno tollerato, massime in soluzione: viceversa è molto più attivo del protojoduro, che, a sua volta, cagiona più presto la stomatite.

Il *calomelano* è raccomandato da qualcheduno quando si voglia introdurre forti dosi di mercurio in breve tempo. E. Zeizzl lo consiglia contro le localizzazioni iridee e faringee. — Negli adulti è forza darlo a dosi che irritano molto presto le vie digerenti; si può limitarsi a darlo ai bambini

(1) Wienski riscontrò cinabro nelle cellule epiteliali di animali nei quali lo avea iniettato. E. Zeizzl spiega gli intorbidamenti suddetti negli uomini, ammettendo che le cellule epiteliali incapsulino del mercurio.

nei quali la salivazione è, si può dire, sconosciuta sino alla prima dentizione.

Il *biioduro* altera facilmente il ventricolo, percui lo si dà in tenue dose e non da solo, ma collo ioduro di potassio, che lo rende solubile. Si può somministrarlo altresì decomponendo il bicloruro collo ioduro di potassio e sciogliendo il biioduro precipitato, con un eccesso di ioduro potassico, come nella ricetta numero 11.

Il *mercurio metallico* esercita un'azione rapidissima sulle gengive. Gli studii di Merget e Rabuteau tenderebbero a metterlo in onore.

Qualunque sia il preparato, è preferibile di farlo ingollare, per quanto lo stomaco lo tolleri, in ore lontane dal cibo e frazionatamente.

Ora ecco alcune formule degne di essere raccomandate:

1. Bicloruro di mercurio 0.25. Aqua distillata 500.00, — 1-5 cucchiaiate (di 15 gr.) al giorno;

2. Bicloruro di mercurio 0.05 — 0.10 — 0.15 Siroppo 500.00, — 1-4 cucchiaiate al giorno (Cuisinier);

3. Bicloruro di mercurio 1.00, Alcool rettificato 5.00. Aqua distillata 15.00. Due goccie rappresentano 0.005 di bicloruro, — 2-8 goccie in 60-80.00 di aqua (1) (Cantani);

4. Bicloruro di mercurio 1.00, Tintura di Cloruro di ferro 60.00. Venti goccie contengono 0.01 di bicloruro, — 10-50 goccie al giorno nell'aqua (Bumstead);

5. Bicloruro di mercurio 0.12, Etere solforico 4.00, Olio di Merluzzo 200. Ogni 10 gr. contengono 0.005 di bicloruro, — 10-60 gr. al giorno (Bumstead);

6. Bicloruro di mercurio 0.25, Estratto aq. di Opio 0.75, Estr. di Guaiaco 3.00 f. pill. 25, — 1-2 al giorno (Dupuytren);

7. Bicloruro di mercurio, Estr. tebaico ana 0.01, Estr. di China q. b. p. f. una pillola, — 1-3 al giorno (Mauriac);

8. Bicloruro di mercurio 0.25, Zucchero bianco polv. 8.00, Mollica di pane ed Aqua distillata q b. p. f. pill. 80. Ciascheduna contiene 0.003 di bicloruro, — 1-10 al giorno Dzondi (2);

(1) Oppure nel vino, nel caffè, nel thè, nel latte ecc.

(2) Dzondi ne dava il primo giorno 4; nel terzo, 6; nel quinto, 8; e così via, crescendo ogni terzo giorno, fino a 30, poi ritornava, diminuendo ogni terzo giorno di due pillole, al numero di partenza.

9. Calomelano 1.00 Opio polv. 1-1.50, Zucchero 10.00 M. Div. in p. 20, — ogni mattina a digiuno una dose (Cantani);

10. Calomelano 0.05 — 0.10. Lattato di Ferro 1.00, Zucchero 3.00. M. Div. in p. 6, — 1-2 al giorno nella sifilide dei bambini. (Monti);

11. Bicloruro di mercurio 0.12, Joduro di Potassio 2.00. Aqua distillata o Siroppo 250.00, — una cucchiaiata mediocre (di 10. gr.) un'ora dopo 1-2, o 3 pasti della giornata (Bumstead);

Le pillole contenenti mercurio metallico sono le preferite del Bumstead (1). Diday trova eccellente la formula che segue, la quale riunisce alla specifica, la medicazione ricostituente:

12. Mercurio crudo, Ferro ridotto ana 1.50 Miele 3.00. Gomma Adragante q. b. p. f. pill. 60, — 1-3 per giorno (Lepetit);

13- Protoioduro di mercurio, Tridace ana 3.00, Estr. aq. di Opio 1.00, Estr. di Conio maculato 6.00 M. f. pill. 60, — 1-2 al giorno (Ricord);

(1) Le pillole contenenti mercurio metallico del Plenk, Sedillot, Belloste, le pillole bleues, le pillole arabe sono, si può dire, completamente in disuso.

Secondo il codice francese: Protojoduro di mercurio rec. preparato 0.05, Estr. di Opio 0.02, Conserva di rose 0.10, Radice di liquirizia q. b. p. f. una pillola, — 1-2 al giorno (Ricord);

14. Protoioduro di mercurio 0.03, Estr. tebaico 0.01, Estr. di china 0.06 f. una pillola, — 1-3 al giorno (Mauriac);

15. Biioduro di Mercurio 0.006, Estr. di Ginepro 0.05, f. una pillola, — 1-3 al giorno (Bouchardat);

16. Biioduro di Mercurio 1.00 Ioduro Potassico 50.00, Acqua distillata 50.00, Siroppo di zucchero 2400.00, — 1-2 cucchiaiate al giorno Gr. 25 contengono 0,01 di Biioduro ed 1.00 di Joduro (Gibert);

17. Biioduro di mercurio 0.30, Joduro potassico 30.00, Aqua distillata 50.00. Siroppo di china 950,00 (Vidal);

18. Biioduro di mercurio 0.10, Ioduro potass. 5 — 10 — 15 — 20.00, Siroppo semplice o di scorza di arancio amara o Aqua distillata 200.00, — 1-3 cucchiaiate al giorno (Mauriac);

19. Biioduro di mercurio 0.10. Ioduro potassico 5.00, Gomma arab. polv. 0.50

Miele q. b. p. f. pill. 20, — 1-2 al giorno (Gibert);

20. Peptone in polv. 9.00, Cloruro di ammonio puro 9.00, Bicloruro di mercurio 6.00. Sciolgasi in Aqua distillata 24.00. Si filtri ed aggiunga Glicerina pura 72.00. — Gr. 5 contengono 0.25 Bicloruro, combinato al Peptone. — Si mette di questo Peptone mercurico ammonico 1.00 in Glicerina pura di Price 50.00 ed Aqua distillata 200.00 — Una cucchiaiata da caffè rappresenta 0.05 di Bicloruro di Mercurio combinato al Peptone (Delpech-Martineau).

Le *iniezioni ipodermiche* rappresentano ormai un metodo di cura degno della massima considerazione, che in venti anni di esistenza si ha procacciato le più alte e meritate simpatie. In fatto di attività gareggia con la cura delle frizioni. Con le iniezioni, quando pure è molto offesa la pelle, si possono risparmiare interamente le vie digestive. Applicabili in ambedue i sessi e nelle più differenti età, costituiscono il metodo più preciso, più economico, quello che meglio di ogni altro garantisce del pronto assorbimento e diffusione del farmaco nel circolo generale; sottrae poco tempo al malato,

che può curarsi con abbastanza segretezza. L'idea di far penetrare il farmaco direttamente nel cellulare sottocutaneo fu esposta da Hunter ed Hebra (1864) ma spetta a Scarenzio (1864), indi a Ricordi, Semmola, Berkeley Hill (1865) e Lewin (1867) di averla tradotta in atto, e fatta apprezzare quale maniera di cura la più scientifica e, quasi, la più rapida.

Le preparazioni che si sogliono impiegare per via ipodermica sono le seguenti:

21. Calomelano a vapore 0.10 — 0.15, Gomma arabica 00.5, Aqua 1.00, — serve per una iniezione (Scarenzio);

22. Calomelano e Cloruro sodico ana 5.00, Aqua distillata 50.00, Mucilaggine di Gomma arab. 2.50 (Neisser);

23. Calomelano a vapore 0.10. Glicerina 1.00 (Smirnoff);

24. Bicloruro di mercurio 0.10, Aqua distillata 40.00, Cloruro sodico 1.00 (Gamberini);

25. Bicloruro di mercurio 0.10, Aqua distillata 10.00 (De-Amicis);

26. Formiamidato di mercurio 0.10, Aqua distillata 10.00 (Liebreich);

27. Cianuro di mercurio 0.10, Aqua distillata 10.00;

28. Biiod. di merc. 0.01, Aqua distillata e Glicerina ana goccie 10 (Gamberini) (1);

29. Peptone in polvere di Catillon, Cloruro di ammonio puro ana 9.00, Bicloruro di mercurio 6.00, Glicerina 72.00, Aqua distillata 24.00, M. Un grammo di questa soluzione filtrato, aggiunto a grammi 5 di Aqua distillata, dà un liquido nel quale havvi per ogni 1.20, un centigrammo di bicloruro (Delpech e Martineau).

30. Peptone di Carne 1.00, sciogli in aqua distillata 50.00, filtra ed aggiungi soluzione Bicloruro al 5 per 0[0, 20.00, soluzione di Cloruro sodico al 20 per 0[0, 15.00 Aqua distillata q. b. per formare 100.00. Ogni centimetro cubico contiene 0.01 di mercurio. (Si decompone con molta facilità) (Bamberger);

31. Ossido nero o rosso di Mercurio 0.06 — 0.10 in sospensione in Aqua e gomma — 3-5 iniezioni, con 6 giorni d'intervallo. (Vatraszewski);

(1) Biioduro di Mercurio 0.33, Ioduro di Potassio q. b. per discioglierlo in Aqua distillata 2.00. (Ragazzoni).

32. Siero sterilizzato secondo Koch, filtrato c. c. 40. Si mette in un vaso graduato, vi si aggiunge una soluzione di 3.00 Bicloruro merc. in 30.00 di Aqua, a 50° C. Precipita l'albumina. Si aggiunge Cloruro sodico 7.00 in 20.00 di Aqua con che si ridiscioglie il precipitato. Con ciò si ha una soluzione di Bicloruro al 3 per 0[0 che, con aggiunta, di aqua si riduce all' 1 1[2 per 0[0. (Bockhardt);

33. Tre soluzioni nelle quali in 100.00 di aqua, in una 1.50 di Carbonato di soda secco, nella seconda di 3.75 Bicloruro, nella terza 28.50 di Glicocolla (che si può facilmente rimpiazzare con l'Alalina, l'Asparigina o la Sarcosina). I tre recipienti sono sturati al momento stesso di servirsene, e le soluzioni mescolate a parti uguali. Ogni c. c. di soluzione contiene 0.01 di mercurio (Glicocollato di mercurio) (Wolf);

34. Bicloruro di mercurio 1.00, Aqua distillata calda 100.00, Urea chimic. pura 0.50. (Carbamide di mercurio di Doutrelepont);

Rohland è riuscito ad ottenere dei cristalli di Carbamide di mercurio molto solubili nell'aqua, e che si possono impiegare

sciolti all' 1 per 0[0 per iniezioni ipodermiche.

35. Mercurio metallico gr. uno per iniezioni intramuscolari. (Gr. 1 di Mercurio metallico darebbe gr. 1.554 di Biclor.) (Luton);

36. Bicloruro di mercur. 1.00, Aqua calda 100,00, Urea chimic. pura 0.50 (Schütz).

Le iniezioni di Calomelano messe in pratica dallo Scarenzio, caldeggiate dal Ricordi, Ambrosoli, Monteforte, dal Porta, che le annoverava tra i progressi della chirurgia italiana, (per uno studio intorno alle quali veniva conferito ai due primi una medaglia d'oro nel 1868 dalla Società delle scienze mediche e naturali di Bruxelles), trovarono nel Padova, Quaglino, Sorresina, Profeta, Bertarelli ecc. dei giusti fautori. Il Sigmund e varii altri contribuirono all'estero a diffondere tale metodo curativo, che praticato conforme le norme dello Smirnoff di Helsingforf (Finlandia), dà, senza inconvenienti, come attestano Lundberg di Stoccolma -- 1884 — Watrasweski di Varsavia — 1884 --, Weisser di Breston — 1885 — Scarenzio e Soffiantini nostri e Jullien di Parigi, risultati dei più brillanti e che noi verificammo su molti ammalati in osservazioni delle

più rigorose. Per conoscere il punto preciso dove si deve fare la iniezione, dice Smirnoff, scopransi le natiche di una persona magra o non troppo adiposa, che sia in piedi. Si vede allora su ciascuna natica, dietro al trocantere, una lunga depressione. In questa il cellulare è così lasso e abbondante, che la pelle si lascia facilmente smuovere sull'aponevrosi, e sollevare in pieghe. Tale parte è la sola di tutta la superficie del corpo dove una quantità di 10 centigr. di calomelano, può essere iniettata senza provocare ascesso. La si deve fare in guisa che il focolaio si trovi a circa 3 centimetri dietro il margine posteriore del grande trocantere, perchè non venga spinto contro l'ossatura quando il paziente è coricato sul dorso. Inoltre si deve scegliere il punto in modo che si possa fare un'altra iniezione, nella stessa natica, a circa 3 centimetri dalla prima, affinchè la eventuale infiammazione dell'ultimo focolaio, non abbia a passare sulla circoscrizione del primo, risuscitandovi la flogosi. Le iniezioni devono essere fatte in una linea, che vadi parallelamente al grande trocantere; e la punta della cannula deve essere portata direttamente

indietro, vale a dire in direzione orizzontale, sempre trovandosi l'ammalato in piedi. Lo Smirnoff deposita il calomelano al di quà dell'aponevrosi che copre i glutei; teme che portato tra i muscoli possa suscitare dei guai anche serii. Come Soffiantini, così anche noi abbiamo oltrepassata detta membrana, e ciò non meno di 20 e abbiamo visto seguirne una infiltrazione limitatissima, poco dolorosa, che, rimanendo la persona a letto, in capo a 6-7 giorni, non era menomamente avvertibile. Fatta la iniezione è bene non praticarvi il massaggio.

Tali iniezioni fatte col processo di Smirnoff si accompagnano a dolori insignificanti. Lo ascesso non si forma secondo l'A. neppure una volta su mille, ed è pressochè senza esempio che, nel caso, non termini esso col riassorbirsi.

Lo Scarenzio negli adulti pratica di solito due a quattro iniezioni da 0.10 ognuna, in due sedute alla distanza di 21 giorni, una iniezione per natica ambedue le volte. Smirnoff ritiene che nei due primi anni di vita si possano guarire i sintomi della sifilide colla doppia iniezione di 24-36 milligr. in ciascuna natica; accetta come dose mas-

sima complessiva della cura pure i 40 centigr. Consiglia di sottomettere le donne gravide a tale cura il più presto possibile. Le vide efficaci in forme gommose dove era rimasta senza effetto la cura colle frizioni; dice anzi: « due iniezioni di 20 centigr. bastando in media per debellare una sifilide congestizia, ed una iniezione e mezzo per una sifilide gommosa, è evidente che ciascuna iniezione agisce con una forza concentrata da non sostenere il confronto con nessun altro metodo. La ragione teorica della superiorità delle frizioni viene cosí scartata ». (1) Il metodo dello Scarenzio, secondo il processo dello Smirnoff, è il più comodo, il meno dispendioso, il più semplice e la sua efficacia e la quasi mancanza di inconvenienti gli riserbano un avvenire dei più splendidi (2).

(1) L'assorbimento del mercurio, colle iniezioni, in genere è molto più rapido che non colle frizioni. Lo si trova talora nelle orine 1-2 ore dopo. In seguito ad una iniezione di calomelano, Welander ve lo trovò il giorno appresso. Ha ugualmente constatata, due volte, la trasmissione del mercurio al feto nell' utero.

(2) Negli individui con natiche molto grasse, la pelle è meno allontanabile dalla fascia, e il Calomelano irrita di più che non allora che giace in un connettivo lasso. Smirnoff e Scarenzio videro ciascheduno seguire, in un caso, alla iniezione una ischialgia.

Le iniezioni di bicloruro di mercurio contenenti 2-5-10 milligr. del sale cadauna, secondo la età del soggetto, la qualità e gravità delle manifestazioni sono qualche volta seguite da abbeveramenti dolorosi. Se ne devono praticare 25-40 e talora anche di più. Quelle di formiamidato (composto assai fisso e che non farebbe coagulare l'albumina), di bicianuro e biioduro dânno poca o nessuna reazione. Quelle con peptone abbisogna sieno apparecchiate nuovamente ogni giorno o, certo, molto spesso. Il glicocollato sarebbe, secondo il Doutrelepont, più efficace del formiamidato, e darebbe risultati pari al carbamide di mercurio. A giudizio del loro fautore, le iniezioni con ossido di mercurio non desterebbero irritazione locale degna di nota, e quelle di mercurio metallico si potrebbero adottare nei casi gravi di sifilide, nel periodo detto di transizione ed in quello terziario. (1) Il bi-

(1) Praticammo su cinque malati iniezioni di mercurio metallico. In: 1.° B. F. calzolaio d'anni 24, 2.° M. B. barbiere d'anni 18 e mezzo, 3.° G. L. commerciante d'anni 27, 4° M. T. chincagliere d'anni 17 5.° A. E. meretrice d'anni 21. Ciò addì 5, 18, 19, 22, 23 Gennaio 1882: nel G. L. alla coscia, negli altri alla regione sotto-ascellare sinis. nelle quantità di

cloruro unito all'urea, non farebbe precipitare l'albumina, non produrrebbe dolori nè inconvenienti locali di sorta.

Per i bisogni della pratica, il protocloruro ed il deutocloruro di mercurio per iniezioni sono sufficienti. La dose va regolata secondo il bisogno. Le iniezioni di sublimato, oltrecchè alle natiche, le si possono praticare nelle regioni interscapolari, sotto ascellare ecc, le recenti è bene siano discoste almeno 3-4 centimetri l' una dall'altra. La soluzione vuole essere fatta da poco tempo, lo strumento ogni volta disinfettato e vuotato poco a poco in seno al cellulare. I

1.00, 1,30, 0,40, 0 60 1.00 del metallo. Nei primi giorni non si ebbe mai reazione, la quale si suscitò lentissimamente. Nella A. E. 11 giorni dopo esisteva una infiltrazione circoscritta quasi indolente. Presso a poco altrettanto negli altri: indi si formò in tutti un ascesso, nel 1.° era maturo e lo si aprì li 27 Marzo; con la marcia uscì 0.495 di mercurio intatto. Nel 2.° si aprì spontaneo il 15 Aprile, nel 3.° e 4.° lo ascesso era maturo li 7 Aprile. All'ora delle iniezioni il 4.° presentava sifilide primaria, gli altri tutti secondaria. Il 1,° l'ebbimo sott'occhio gli anni 1882-83 durante i quali ebbe ricorrenti manifestazioni leggere intrabuccali, indi sino all' ottobre 1886 più nulla. Il 2.° negli anni 1882-83 non ebbe successioni di sifilide affatto. La reazione da parte della bocca fu in tutti cinque assai leggiera, in nessuno si ebbero sintomi di spiccato mercurialismo.

soggetti facenti scarso lavoro muscolare — le donne, i degenti a letto ecc. — sopportano la cura meglio che non quelli in condizione diversa. Il dolore non è combattuto a tempo da torpenti che si aggiungano al liquido, e che esauriscono la loro azione prima della eventuale flogosi (1). Lo ascesso da calomelano non pregiudica la favorevole influenza del rimedio; va medicato come ogni altro, e non costituisce una complicazione d'importanza. Naturalmente la siringa per calomelano deve essere montata con un ago tubulare più ampio.

Gli IODICI sono impiegati si può dire esclusivamente per bocca, sono rari i casi nei quali si deve adattarsi ad introdurli per clistere o per via ipodermica. Sono usati: la tintura di iodio, l'ioduro potassico, l'ioduro di sodio, l'iodoformio, l'ioduro di ferro e di litio.

La *tintura di iodio* suscita spesso irritazione di stomaco e sintomi d'intossicazione.

(1) Del resto taluno aggiunge della Morfina o della Cocaina, così Plevani (1885) che usa: Bicloruro di mercurio 0.30, Cloroidrato di cocaina e Cloruro sodico ana 0.10, Aqua 30.00.

L' *ioduro potassico* è tra gli iodici il preparato più efficace e più usitato. Preso che sia, a capo a 4-5 minuti si può svelarne la presenza nelle orine, poi nella saliva, nel sudore, in tutti i liquidi dell' organismo. Somministrato a donne o a femmine di animali, durante la secrezione del latte esce con questo poi colle orine dei poppanti in copia rilevabile, maggiore di quelle infinitesime colle quali sfugge il mercurio, e le quali non bastano pella cura di poppanti sifilitici. Gamberini e Rabuteau hanno dimostrato come l' ioduro non affretta punto il lavoro di disassimilazione: si è visto durante il suo uso scemare la quantità della urea, e non cadere affatto in atrofia le ghiandole del latte e del seme. Questo moderatore della nutrizione, sollecita la eliminazione del mercurio: Leone Le Fort ha veduto frequentemente gli accidenti dissipati dall'uso dei mercuriali, riapparire sotto la influenza dello ioduro potassico. Una certa quantità di iodato nello ioduro, venendo a contatto cogli acidi dello stomaco, può mettere in libertà dell' iodio e seguirne sintomi gastrici, del resto trovi pure nello stomaco sostanze amilacee ed acide non ab-

biamo mai riscontrato ne seguissero inconvenienti, e Zeizzl neppure data la simultanea introduzione di acidi forti. V' ha di più, negli ultimi tempi dei medici inglesi sarebbero riusciti ad aumentare la efficacia dei preparati iodici, mediante l' uso combinato di acidi più o meno forti — aqua ozonata, acido nitrico. — L'ioduro potassico a forti dosi sa aprirsi l' uscita più facile attraverso l' organismo e dà, spesso, meno inconvenienti che a dosi piccole. Per disporre l' organismo, è bene incominciare con quantità piccole, poi accrescerle progressivamente. Dato in pillole non disgusta il palato tanto quanto in soluzione, questa però turba meno lo stomaco ed agisce più efficacemente. Si può discioglierlo nell' aqua , nel vino, nella birra, nel caffè, in un veicolo aromatico, in una decozione di salep, in qualche aqua minerale, od in un decotto di salsapariglia, di guaiaco ecc. (1). Si può aggiungere alla soluzione del siroppo di caffè, di genziana di menta, di arancio.

Per accrescerne lo effetto si può all'io-

(1) L'ioduro potassico non si deve mai ordinarlo nel decotto di china, perchè precipita a fondo l'ioduro di chinina — (Cantani).

duro aggiungere l'iodio puro, la tintura di iodio, il biioduro di mercurio, il bromuro di potassio.— nel caso di nevropatie specifiche, — il citrato di ferro ammoniacale — data l'anemia del soggetto. —

L'*ioduro di Sodio* è molto commendato da Gamberini: per virtù intrinseca, segue subito all'ioduro potassico ; ha sullo stomaco e sulle intestina, una azione più mite, produce più di rado l'acne, è meno sgradito al palato; l'adoperiamo ogni volta che non è tollerato il suo rivale.

Gli ioduri di calce (Venot) di ammonio (Richardson, Gamberini, Druhen) di thallio (Courtade, Pozzi), di amido, (Jullien), di litio (M. Zeizzl) sono succedanei di minor conto, ai quali si ricorre solo in casi eccezionali.

L' *iodoformio* per bocca non corrisponde per niente meglio dell'ioduro di potassio; è seguito piuttosto facilmente da nausee, gastralgie, vomito, odore disgustoso dell'aria espirata e del sudore, talora ne vennero eccitazione cerebrale, vertigini, diplopia (Oberländer). Anche alla dose di 1,00 abbiamo insistito sul suo uso per 1-3 mesi, ben lontani dal raggiungere i risultati che ci avrebbe certo consentiti l' ioduro potassico.

Ecco alcune formule:

37. Tintura di Jodio 1.00, Aqua 10.000, — Due cucchiaini al giorno;

38. Joduro potassico 10-15-20-25-30.00, Aqua 300.00. — Una cucchiaiata (gr. 15) al mattino, una alla sera, in aqua, vino ecc. rappresenta 0.50-0.75 ecc. d'ioduro potassico per volta (l'A.) (1);

39. Joduro di Potassio 0.50-1.00, Aqua distillata 200.00. Aumentare l'ioduro di 0.10 0.20 al giorno sino 2 - 3.00 indi decrescere della stessa differenza per terminare la cura raggiunta la dose iniziale (l'A.);

40. Joduro potassico 10.00, Estr. e Polv. Liquirizia q. b. p. f. pill. 50.

Ognuna contiene 0.20 di ioduro, da 2-10 al giorno;

41. Joduro di potassio, Tartrato ferrico-

(1) I contagoccie a tappo scanalato, di nuovo sistema della capacità di c. c. 60 portanti la marca C. D. 558 danno goccie di aqua distillata del peso di 0.10; per cui 10 goccie equivalgono ad 1.00. Pesa ugualmente 0.10 la goccia di una soluzione a parti uguali di Ioduro potassico ed aqua distillata, ogni goccia si può ritenere contenga 0.05 d'Ioduro. Tale soluzione è soggetta col tempo ad alterarsi, per cui si deve darne poca per volta, e magari aggiungervi qualche centigrammo di solfato di soda: è bene conservarla fuori della luce.

potassico ana 10.00, Aqua di cannella 20.00. Siroppo semplice 480. — Da 25-100.00 in 500.00 di aqua fredda, in tre volte nella giornata (Puche);

42. Joduro potassico 12.00 Citrato di ferro 200. Aqua distillata 500.00. — Una cucchiaiata al mattino, una alla sera in un bicchier di Aqua (Diday);

43. Joduro Potassico 10.00, Olio Merluzzo 200.00. — Da consumare in 10-5 giorni, due riprese al giorno;

44. Joduro di Litio 0.50-1.00 al giorno in pillole (E. Zeizzl);

45. Iodoformio 0.50-1.00, Estr. Polv. Genziana q. b p. f. pill. 10. — 1-5 al giorno;

Gli altri ioduri si preferiscono in soluzione, secondo le formule dell'ioduro di potassio.

Per la via del retto s'introduce l'ioduro potassico alla dose di 2-5.00 in 100.00 di aqua una due volte al giorno, quando le funzioni digestive affievolite, il coma ecc. non permettono la propinazione per bocca. De-Wecker ne fa grande uso nelle oftalmie specifiche.

Per via ipodermica Gilles de la Tourette consiglia iniezioni di un c. c. di aqua con

0.50 d'ioduro potassico; Canterano e Parona ebbero però reazioni gagliarde con 0.20-0.30 d'ioduro per volta. Arcari vi sostituì le iniezioni collo ioduro di sodio:

46. Joduro di Sodio 0.30-0.80, Aqua distillata 1.00, da farsi nello spessore dei glutei 1-2 al giorno per 15-20. Non ebbe mai il menomo indurimento nè dolore come non l'ebbe spingendo l'ioduro a 1.00.

L'iodoformio può essere anche insinuato utilmente. Per una iniezione:

47. Jodoformio 0.30, Etere solforico 1.00 (Pikel);

48. Jodoformio 0.30 Glicerina 1.00 (Neumann);

49. o meglio Jodoformio 0.30, Etere e Glicerina 0.50.

Contro le preparazioni mercuriali come contro le iodiche si elevano delle controindicazioni: introdotte nell'organismo possono e le une e le altre provocare degli inconvenienti.

I mercuriali, si convertano in bicloruri ed agiscano come tali (Mialhe), o si riducano tutti a mercurio metallico (Rabuteau), possono, presi per lungo tempo, trattenersi in quasi tutti i tessuti; sembra che nel fegato

possano soggiornare in copia maggiore e più a lungo. Le vie principali di eliminazione sono i reni; se ne trovano ugualmente nella saliva, nel latte, nel sudore, nelle feci (1).

Applicato sulla pelle il mercurio — unguento - può suscitare rossore, papulo-vescicole pruriginose con infiltrazione diffusa — *eczema mercuriale* — massime in corrispondenza ai peli, pustole, flictene ecc; (2) queste ed i danni locali dipendenti, colla pratica delle iniezioni sono più facili ad

(1) Küssmaul ha trovato mercurio in abbondanza nel fegato, nei reni e nel cervello di un malato che da quattro mesi non lo prendeva più, e che da un mese aveva preso più di 60.00 di ioduro. Wellander (1885) trovò mercurio nelle orine 1-2 ore dopo una iniezione. Non ne trovò nella saliva quando ve ne aveva ormai nelle orine; quando c'era nella saliva esisteva in piccola dose, anche allora che vi avea stomatite mercuriale. Ne trovò molto nelle feci, alquanto anche nella bile e nel sangue. Ammette che la eliminazione sia continua e non periodica, che possa continuare 4-12 mesi dopo la fine del trattamento e talora più. Bokhart, Schuster, Vaida Nega, hanno fatto ricerche in questo senso, e si può ritenere che la eliminazione abbia perdurato più a lungo dopo la cura colle unzioni e colle iniezioni di calomelano.

(2) Fummo consultati per un malato nel quale poche unzioni allo scroto per una orchite, suscitarono uno eczema generale acuto tormentosissimo.

evitare. Introdotto per bocca può causare sintomi gastro-intestinali, e per via riflessa, sintomi trofici e nervosi anche rilevanti. La bocca è il terreno sul quale si spiegano pronti gli effetti del mercurialismo anche leggero. La cura colle frizioni e colle inalazioni, il calomelano a dosi rifratte, il protoioduro più del bicloruro e del biioduro, destano la *stomatite mercuriale*: particolari idiosincrasie, il cattivo stato della bocca e dei denti, la poca nettezza, il continuare nell'uso degli alcoolici o del fumare la sogliono affrettare; le femmine vi sono predisposte più degli uomini, la presenza dei denti è pressochè indispensabile al suo sviluppo (1) Vi si rimarcano due fatti, la salivazione e la infiammazione delle gengive e della mucosa buccale; questi fenomeni possono essere l'uno e l'altro primordiali indipendenti tra loro, però di

(1) Allorquando le mucose che tapezzano la cavità buccale sono sane, la stomatite mercuriale coincide sempre col massimo di eliminazione mercuriale. (Michaïlowski). La stomatite mercuriale coincide sempre con grandi quantità di mercurio nelle orine (Souchoff). Secondo Gamberini, Ricord ed altri, il Clorato potassico sarebbe utile contro di questa anche preso internamente 2-5.00 al giorno in 200.00 d'aqua, a riprese.

solito procedono uniti e dipendenti. La scialorrea può dare 7-800 gr. al giorno ed assai di più. La *ulite* per lo più comincia al bordo degli incisivi. Il turgore dalla mucosa gengivale può diffondersi al rimanente della bocca, formarsi delle ulcerazioni, uno stato poltaceo, oscillare i denti, seguirne alterazioni dei tessuti molli ed ossei delle più deplorevoli, guasti che un tempo si affrontavano affatto serenamente da parte del medico, che credeva suo obbligo epurare l'organismo per tale via, quando invece oggidì i primi indizii ci obbligano a provvedere per lo arresto dei sintomi buccali; *la cura secondo il metodo della salivazione* di un tempo è cioè in oggi sostituito dalla *cura col metodo della estinzione*. Coll'avviarsi della stomatite gli ammalati avvertono una qualche molestia ed addolorabilità alle gengive, un senso di allegamento e come di allungamento dei denti, un sapore ed un odore metallico ecc.

Oltre alle rigorosamente continuate norme di nettezza dei denti e allo evitare quanto può congestionare la mucosa — fumare, cibi o bevande, alcoolici, salati, troppo caldi, suonare strumenti a fiato, masticare

tabacco ecc., — si deve impedire il richiamo sulla mucosa buccale del mercurio a mezzo di collutorii detersivi ed astringenti. Si è voluto riconoscere una efficacia speciale nel clorato di potassa usato esternamente ed internamente. Si prescrive Clorato potassico, od Allume usto, o Borace od Acido borico o Solfato di zinco 2-5.00, oppure Acido fenico o salicilico o timolico 0,20 - 0.50 in 100.00 di Aqua o di decotto di orzo o di malva ecc. Vi si possono aggiungere delle Tinture astringenti, quali di Coclearia, Ratania, Piretro; o narcotiche di Opio 2-4.00 e Siroppo semplice o gommoso o di More o di Ribes. L'ammalato dovrà lavare lentamente l'intero âmbito della sua bocca 4-6 volte per giorno.

Contro i depositi difteroidi giovano tocchi con Tintura di Ratania o di Noci di galla o di Jodio. Le ulcerazioni profonde vanno toccate con un cannello di Nitrato d'argento ogni 3-4 giorni; oppure, per 8-10 secondi con un pennello bagnato nell'acido cloroidrico; il dolore è molto vivo, ma si calma in 2-3 minuti. Jullien rimpiazza l'acido cloroidrico, con l'acido cromico monoidrato oppure in soluzione aquosa al 10 $^0/_0$ al 20 $^0/_0$, il

quale non attacca i denti: i punti previamente toccati col nitrato di argento prendono una tinta rosso-sangue, stante il bicromato di argento, che vi si forma e che non turba il buon effetto della medicazione (1).

Il mercurio è accusato di provocare l'aborto se venga dato alle sifilitiche gravide. Ora Beniamino Bell asserì che il mercurio, convenientemente somministrato, riesce pressochè sempre a paralizzare la sifilide, che è una delle più potenti cause di aborto; Ricord (1838) affermò d'avere veduti più aborti nelle sifilitiche non mercu-

(1) La iniezione di Calomelano ben di rado produce la stomatite. Lo Scarenzio spera che il cateterismo dei dutti stenoniani non solo sarà utile nella stomatite mercuriale, ma benanco nella cura del mercurialismo impossessatosi dell' organismo intero. Si può intraprenderlo mediante una cannula di argento, della lunghezza di un decimetro ed a lume capillare, colla quale si penetra pel tratto di uno a due centimetri nello sbocco del condotto, e fatta chiudere la bocca, si può raccogliere saliva contenente mercurio. Secondo Scarenzio si può servirsi anche di una paglia di segale da rinnovarsi per ogni individuo. In due casi ebbe, a mezzo del cateterismo, pronto vantaggio. Contro i dolori della stomatite Bockhart consiglia pennellature, specie prima dei pasti, con soluzione dal 5 a 20 0|0 di cloroidrato di cocaina.

rializzate che in quelle curate col mercurio: Vannoni ritiene (1872) che il mercurio è per il bambino uno dei profilattici più potenti e che, se non mette più soventi ostacolo allo aborto, egli proviene dacchè non lo si dà abbastanza prontamente ed abbastanza a lungo. Analogamente giudicano Rollet, Gemy, Beatty, Russel, Jaquemier, Fournier. I più distinti sifilografi italiani sono analogamente concordi in tale riguardo. Il mercurio, a dose terapeutica, non eccessiva, non tossica, dato lungo la intera gravidanza, con ricorrenti interruzioni, è il solo medicamento che in tali casi possa prevenire lo aborto. In circa un centinaio di donne sifilitiche gravide avute in cura, quello che più ci dispiacque, fu di non averle tutte medicate o potute medicare abbastanza a lungo coi mercuriali, e di non averle ogni volta potute convincere dello stretto obbligo che avevano di sottomettersi prolungatamente a tale cura. Si ha molto torto di temere, nelle sifilitiche gravide, più gli effetti del mercurio che quelli dell'ioduro potassico, poichè, ad esempio, quando vi siano segni di tendenza ad abortire, l'ioduro potassico deve essere bandito dalla cura, perchè i disturbi vaso-motori ai quali

dà luogo possono favorire le contrazioni uterine e quindi la espulsione del feto.

C. Pelizzari che presenta tale saggio avvertimento si è anche molto occupato degli effetti dannosi dell'ioduro potassico, specialmente sulla pelle.

Esso può dare una: espulsione cutanea eritematosa diffusa od a macchie precipuamente sul petto; una forma orticata; l'acne papulosa, pustolosa e la indurata; dei foruncoli semplici ed antracoidi; delle ampolle purulente che più tardi si riducono a croste rupioidi; delle bolle come pemfigo; dei nodi sottocutanei grossi come una noce, una piccola mela, magari, sormontati da una bolla che in un quadro complesso può richiamare le lesioni del farcino; oppure nodi che nella parte centrale incorrono in mortificazione come una gomma. Si notarono parimenti eruzioni di porpora (Fournier e Daffey) di eczema (Fischer, Mercier).

Le mucose del naso, della congiuntiva, dei seni frontali, della laringe incorrono con molta frequenza in flussioni catarrali, talora anche la laringe (1), le trombe d' Eu-

(1) A prevenire una forte reazione da parte delle mucose del naso e della gola, Aubert propina estratto di Belladonna 0,05 al giorno, in pillole.

stacchio, lo stomaco, lo intestino. In taluno si determina catarro bronchiale, dispnea, emottisi, insonnia, aumento nel numero delle contrazioni cardiache, pleuridinia (Wallace). L'azione diuretica dell'ioduro, protraendosene l'uso, sembra possa essere causa di albuminuria: noi però non l'ebbimo neppure in persone che presero l' ioduro potassico per due tre mesi alla dose di 10.00 al giorno; ognuno sa come lo adoperasse a dosi molto forti il Puche, e come talora sieno ancora maggiori quelle fornite a psoriasici non infetti — 26 42.00 — al giorno, senza se ne abbiano inconvenienti. Non è deciso se possa diventare causa di nefrite interstiziale (1)

In dose eccessiva o per speciale, idiosincrasia, può dare l'iodismo; questo o acuto o cronico, è meno grave del mercurialismo e di regola cede spontaneamente (2).

(1) Recentemente M. Duchesne vide sotto l' uso di dosi crescenti di tintura d'iodio per bocca svanire in 10 giorni l'albumina di un malato di nefrite interstiziale.

(2) Ad un malato di 34 anni furono somministrati, secondo ne dice Mauriac, un giorno 0.50, d'ioduro potassico. Alla sera apparvero simultaneamente: cefalea atroce occupante la fronte e le parti anteriori; calore alla pelle, polso a 80, agitazione estrema, con angoscia precordiale e dolori sottosternali, insonnia

Lesioni non specifiche del cuore, dei polmoni, dei reni, idiosincrasie particolari, possono obbligare a dosi miti, a questo più che a quel farmaco, ad una forma anzichè ad un'altra, ad ore differenti per la assunzione: è difficile, coi preparati ed atrii d'introduzione varii dei quali possiamo disporre, che siamo proprio costretti ad una astensione completa e permanente.

Dei mezzi curativi dei quali negli ultimi anni si è parlato facendone altrettanti competitori degli iodo-mercuriali non c'è molto da dire. Il *Bicromato di potassa* viene raccomandato dal Güntz, con tale sfoggio di risultati, che si può sentirsi l'obbligo di pur intraprendere qualche prova.

L'*iaborandi* o meglio il *Cloroidrato di pilocarpina*, usato per iniezione ipodermica, può essere adoperato per attivare le funzioni eliminatrici della pelle, così contro la sifilide come contro il mercurialismo; biso-

e ad una delle palpebre rossore congiuntivale, lagrimazione; il naso fecesi tumido, rosso, ostruite le narici; usciva dal naso un liquido siero-mucoso; i principali fenomeni si erano portati sulla gola e la laringe La uvola erasi fatta, enormemente edematosa, l'afonia era quasi completa e unita a dispnea. Sono riferiti nella letteratura varii casi di iodismo acuto.

gna peraltro non obliare le noie che derivano al paziente dal grande potere scialogogo inerente al farmaco. Il *tayuya* non ha valore antisifilitico di sorta. La *salsapariglia* è considerata da Berkeley-Hill come molto opportuna per far sopportare dosi forti di ioduro; egli non manca di somministrarla dopo i lunghi trattamenti mercuriali. Bidenkap è tratto da alcune sue osservazioni (1886) a considerarla come molto utile così nel periodo terziario come negli stadii avanzati del secondario: ne fa decotto di 30-50.00 a 500.00 di colatura e la fa prendere per 3-6 settimane. Nel mercurialismo, come epurativo, e nelle gravi ulcerazioni atoniche cutanee, la salsapariglia può essere un buon veicolo dei due rimedii capitali. Il *guaiaco*, la *bardana*, il *sassafras*, la *china-china* pur lontani dal possedere una attitudine specifica, possono, in modo analogo, rialzare utilmente, in alcuni casi, le funzioni cutanee.

Il *decotto del Zittmann* lo vedemmo sortire ottimo effetto e nella clinica del defunto Hebra, e nella nostra in casi di sifilodermi pustolo-tubercolo-ulcerosi. In adulti si può darne 240 grammi di quello forte, altrettanti del mite, ogni giorno.

Il *rimedio del Pollini*, vecchio di oltre due secoli, che, secondo il suo proprietario, « giustifica l'alto suo prezzo coll'altezza dei benefici » sotto forma di *aqua* o di *polvere*, va orgoglioso di molti successi ottenuti in Italia e fuori, in casi di forme gravi, talvolta ribelli agli iodo-mercuriali. È indicato sopratutto nelle forme gravi invetecate, secondarie e terziarie, refrattarie al mercurio, e conducenti alla cachessia.

Negli ultimi anni Bumstead trovò vantaggioso lo Estratto fluido di *eritroxilon coca*, il quale agirebbe accrescendo la tolleranza del mercurio ed inoltre quale tonico.

Molto spesso ai mezzi antisifilitici conviene aggiungere i ferruginosi, i tonici, gli arsenicali ecc. Le *aque minerali* hanno un largo posto, stabilendo esse il passaggio più naturale dai mezzi medicamentosi a quelli igienici. Le aque solforose — Tabiano, Trescorre, Porretta, Aqui, Riolo, Napoli, le Albule (a 21 kil. da Roma), le Raineriane vicino a Padova — ; le aque bromoiodurate — Salsomaggiore, Rivanazzano, Castrocaro, Sales ecc. — ; le arsenicali — Levico, Roncegno — e le salino-clorurate Montecatini, Abano, Battaglia, Monteor-

tone ecc., — secondo i casi, per bocca o per bagno od in entrambi i modi, hanno una azione reale sulla malattia e possono favorire in alcuni casi la tolleranza e lo assorbimento degli specifici.

Le aque contenenti acido solfidrico trovando a caso del mercurio nello stomaco ne fanno un sale insolubile. I bagni solforosi eccitano la circolazione saguigna e linfatica e conseguentemente gli scambii trofici, la eliminazione del mercurio che fosse nell'organismo, come pure lo assorbimento e circolazione di altro che vi venisse introdotto: nel primo caso provocano talvolta una stomatite transitoria, altrettanto talora, praticati a giusto tempo, possono impedire che essa si sviluppi: sospeso il mercurio combattono effettivamente le sue tristi conseguenze. Da molti anni si parla in Italia della attitudine che avrebbero i bagni solforosi a provocare eruzioni specifiche in casi, nei quali non si sa se il morbo sia o no estinto (1); in Francia poi si da anche attual-

(1) L'italiano Bacci (1571) lasciò scritto che le aque minerali risvegliano delle manifestazioni sifilitiche. Per la cura termo-sulfurea si ravvivano quei dolori, quelle cefalee, quelle eruzioni cutanee, quelle oftalmiti, quelle croniche fiogosi del periostio e

mente a questo concetto una estrema importanza, così da attribuire ai bagni solforosi una virtù rivelatrice, sulla quale si può contare con fiducia come se fosse una vera *pierre-de-touche* della sifilide latente. Fortunatamente arriva a proposito la esperienza dello Jullien che attesta « che il trattamento solforoso espone dei soggetti, che il *virus* lascia perfettamente tranquilli, a delle manifestazioni spaventose che, visto il periodo al quale essi sono generalmente arrivati, queste manifestazioni appartengono, secondo la massima probabilità, alla fase terziaria — osteopatie, encefalopatie —; e che allorquando non si producono punto non è possibile alcuna conclusione, e che allora, oltre alla sua inutilità, la cura detta rivelatrice è dannosa, perchè fornisce all'ammalato una quiete ingannevole, facendogli credere ad una guarigione completa e definitiva.

I *bagni a vapore* possono anche agevolare la espulsione da un lato e la tolleranza dall'altro rispetto al mercurio.

dell'apparato genito-orinario, che formano il triste corredo di confermata e rinascente sifilide. Del Ponte di Acqui 1850.

La *idroterapia* merita di essere raccomandata specialmente nelle forme terziarie dell'asse cerebro-spinale. Grazie all'attività, che essa imprime al circolo capillare generale lo assorbimento è reso così facile che si sono visti individui, nei quali 10 centig. di protoioduro di mercurio non producevano alcun effetto apprezzabile, essere presi da salivazione, sotto la influenza della idroterapia, con la dose di soli 25 milligr. di protoioduro.

La idroterapia da taluno viene associata alla *cura famis* o *trattamento arabo*. Questo consiste nel nutrirsi, durante 40 giorni, esclusivamente di pane secco, di biscotti, di mandorle, noci, nocciuole, fichi ed uva secchi, con dell'aqua per unica bevanda. Diday ha ottenuto dalla cura *famis* dei risultati eccellenti.

Vi sono dei casi, a forme così ostinate o facili a recidive, in soggetti così male disposti dalla struttura, costituzione, abitudini, professione, ambiente ecc, per i quali un temporaneo cambiamento di clima, di professione, di abitudini ecc. può riuscire indispensabile.

I varii mezzi fin qui accennati, o condu-

cano o mantengano le forze organiche a tale da favorire la eliminazione del *virus*, o avvalorino la efficacia degli iodo-mercuriali, vanno usufruiti conforme le norme terapeutiche generali.

Sul *metodo di cura* iodo-mercuriale non regna molto accordo. Sarebbe utile risalire alle origini di taluni dissidî; una osservazione spassionata, ed onesta può intanto fare giustizia di taluni. Vi ha chi intraprende la cura generale al primo indizio della sifilide primaria, altri solo al sorgere della secondaria, nè manca chi attende d'esservi trascinato dalla gravità di manifestazioni, contro le quali non basterebbero la igiene rigorosa ed i tonici — *metodo aspettativo* —: taluno fissa l'occhio nel miraggio della infezione e combatte contro di questa, con una metodica determinata — *metodo regolamentare* — altri si sente debole di fronte alla essenza del male cioè al *virus* e ne attacca le sole localizzazioni avvertibili, qualunque volta esse si affacciano — *metodo di opportunità, opportunismo,* — nè manca pur oggidì chi fa una guerra delle più accanite al mercurio e lo vuole, ad ogni costo, causa, per-

sino unica, delle manifestazioni terziarie — *antimercurialismo* —.

In tale controversia giova fissare alcuni punti sui quali la esperienza ha suggellato il suo giudizio.

Il mercurio e l' iodio, divisi od uniti, presi pure prima e vicini alla infezione (1), non impediscono la comparsa degli accidenti dei singoli periodi: quando pure vengano somministrati, a dose larga, continuatamente e ripetutamente, vengono spesso derisi da manifestazioni secondarie o terziarie, che erompono, magari, pur durante la loro propinazione. Non è abbastanza dimostrato finora, che le forme terziarie sieno più frequenti negli individui che non hanno fatto una cura mercuriale; questa, per contrapposto, non la si può dichiarare estranea affatto a certe localizzazioni nervose terziarie.

Se si intenda per specifico « un rimedio che guarisce costantemente, per un meccanismo sconosciuto, certe malattie (Littrè) »

(1) Uno studente medicato dal Diday, pur mercurializzato lungamente, durante una ulcera venerea, infettato poco appresso, patì sifiloma e manifestazioni secondarie, che percorsero tutte le loro fasi, colla stessa regolarità ed intensità come se non avesse preso niente.

nè al mercurio nè all'iodio, spetta, a rigore, un cotale appellativo. Comunque agiscano, pure essendo noi convinti che la loro azione è meravigliosa, essi non neutralizzano, non distruggono il *virus*, non ne disseccano le sorgenti così da torgli ogni possibilità a nuove comparse, a nuovi attacchi. Non vi è, come ha scritto Ricord, nè dose, nè forma farmaceutica, nè durata di trattamento che possa conferire una sicura guarigione, che valga a garantirci della estinzione completa, assoluta, radicale del morbo; le recidive sono possibili qualunque sia il metodo di cura: il mercurio e l'iodio nè premuniscono, quanto da taluno si crede, contro la recidiva della sifilide, nè la guariscono completamente. Pure ammesso che sappiano rintuzzare l'agente morbifico, renderne più blande e più tarde le estrinsecazioni, il loro uso può alla lunga minorare le forze organiche, che soprafatte da esplosioni luetiche pur sotto l'uso degli iodo-mercuriali, non trovano più in questi degli alleati potenti coi quali difendersi dal morbo: l'organismo si abitua in verità al contatto, specie del mercurio, vi si accostuma per modo che, nell'ora del maggior bisogno, il medico

*
* *

trova in esso spuntata: nessuna successiva cura mercuriale sorte la efficacia della prima.

Di converso la azione degli iodo-mercuriali contro le espressioni sifilitiche, sovraneggia sul campo di tutta la terapia speciale pei suoi mirabili effetti.

Scarsissima o dubbia la virtù profilattica degli iodo-mercuriali, bizzarra nel suo corso e legata com'è ad ogni maniera speciale di individuo la lue, il volere stereotipare, fosse pure a grandi linee, un metodo generale curativo non è impresa seria. Non lo si traccia che molto all'indigrosso, e con molte riserve, per poche malattie generali molto meno sconosciute, della sifilide ed a corso più ordinato. Chi ha tentato di dare un programma di cura sistematico ha spesso sentito poi di doverlo ritoccare o rifare per intero una o più volte. La ragione si è che siamo di regola chiamati a curare, ancora più che nel rimanente della patologia, non una malattia, ma degli ammalati, e che dieci persone di uno stesso sesso ed età, infettate in uno stesso tempo ad un identico focolaio, possono presentarci dieci forme di morbo così diverse, che sarebbe

clinicamente molto strano che si volessero curare cogli stessi mezzi, per uno identico tempo, per un eguale numero di volte

Nell'atto di discendere la prima volta nella lizza contro la sifilide con in mano la doppia arma tanto decantata, sorrideva anche a noi una confidente sicurezza, la esperienza ci apprese passo a passo a contare alquanto meno su quell'arma, ed adoperarla con una certa sobrietà.

Si ricorra con la più sollecita attenzione alla igiene e conforme il bisogno ai ricostituenti ai tonici ecc. si combatta la sifilide con mezzi generali quando essa apparisce, secondo essa apparisce, in ragione della sua gravità. Questo è da varii anni il caposaldo del nostro programma terapeutico. Dobbiamo aggiungervi alcuni schiarimenti. Anzitutto, in generale, le lesioni svaniscono per intero vario tempo dopo che i nostri sensi disarmati vogliono farcele credere dileguate; pur quasi estinte esse possono riesacerbarsi: la cura deve conseguentemente essere continuata per varie settimane al di là della apparente guarigione. Il prolungamento dovrà essere in ragione della durata della lesione, e della refrattarietà ai mezzi medicamentosi.

In secondo luogo, madri sifilitiche, pur senza manifestazioni, possono infettare il frutto del loro concepimento; in questo, delle manifestazioni terziarie e secondarie, possono mescolarsi assieme; una grave condizione viscerale può larvarsi affatto o rendersi appena presumibile per rare lesioni cutanee o mucose. Nella oscurità in cui siamo intorno ai fatti che, in un determinato caso, si svolgono, durante la vita intrauterina, non è neppure peccare di logica se raccomandiamo in tali casi una protratta cura della gestante. La si faccia con brevi interruzioni per disabituare l' organismo — intercorrente, — durante il maggior numero di mesi possibile e massime coi mezzi mercuriali.

In terzo luogo quel poco di virtù preventiva che gli iodo-mercuriali eventualmente possono avere, lo si sfrutti nel passaggio dal verno alla primavera e dalla estate all'autunno, epoche nelle quali spesso si rinfocola e dà segni di vita la infezione, nonchè all'epoca del matrimonio.

Nell'assenza di manifestazioni siamo soliti ricorrere anzichè al mercurio, allo ioduro potassico.

Vi hanno cotali che collocano questo farmaco al disopra del mercurio. Davvero sembra abbia esso una azione più profonda, è inoltre esso meno tossico; può esser dato con maggiore confidenza a dosi elevate, l'organismo vi si abitua meno prontamente ed ha poi una sfera di azione molto estesa. Conviene:

1.° nelle forme ulcerose e fagedeniche dello accidente primitivo;

2.° nel periodo d'incubazione dei fenomeni secondari, precipuamente per combattere la febbre e la cefalea;

3.° nelle sifilidi fagedeniche, profondamente distruttive, nei sifilodermi papulo-pustolosi e papulo-tubercolari.

Nelle lesioni terziarie specialmente viscerali, meno i casi nei quali siasi appalesata inutile una vicina cura mercuriale fatta debitamente, è più efficace una energica cura mista — ioduro potassico e frizioni mercuriali; ioduro potassico e iniezioni di calomelano ecc., — alla quale in generale è da ricorrere nelle forme gravi, più ancora se minaccino la esistenza.

Nelle espulsioni secondarie ed in quelle di transizione, il protoioduro di mercurio

od altrimenti il Biioduro misto a Joduro potassico corrisponde egregiamente.

Esiste un certo antagonismo tra l'azione del mercurio e quella dell'iodio nel senso che l'uso protratto o largo del primo, deprime i suoi effetti, e rialza quelli dell'iodio. Così ad esempio avviene spesso che papule umide del velo pendulo tenaci, imperturbate, pur continuando l'uso del mercurio, svaniscono rapidamente quando gli sottentra lo ioduro.

FINE DELLA PARTE II ED ULTIMA